



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES DE CLÍNICA, “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA 2017.

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA.**

AUTORAS:

NORMA CLEOTILDE SARANGO GUALÁN

CI: 1103883326

LILIANA DEL CISNE SARANGO LOZANO

CI: 1105058547

DIRECTORA:

LCDA. ELVA SUSANA RIVERA YELA

CI: 0102035649

CUENCA-ECUADOR

2018

RESUMEN

Antecedentes: Según OMS el 40% de la población mundial padece algún tipo de alteración del sueño. Los trastornos del sueño son desviaciones de los patrones normales, en duración y calidad, manifestadas como sueño deficiente y excesivo (1).

Objetivo general: Determinar los factores asociados a trastornos de sueño en pacientes de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017.

Metodología: Estudio cuantitativo, analítico de corte trasversal, la muestra de 112 pacientes; a quienes se les aplicó un Cuestionario Mexicano de Monterrey, la información recolectada fue tabulada y procesada en el programa SPSS versión 24, presentación en tablas y gráficos de frecuencia. Para determinar la asociación se utilizó el estadístico del OR, con su intervalo de confianza al 95%. Se consideró asociación estadísticamente significativo valores de $p < 0,05$.

Resultados: De la muestra estudiada el promedio de edad se ubicó en 49 años, el grupo de edad más afectado fue entre 31 a 60 años con el 53.6%, predomina el sexo masculino con el 55.4 %. En cuanto al estado civil predominaron los casados con el 49,1%. La prevalencia de trastornos de sueño fue: insomnio inicial 52.7%; roncar 46.4%; somnolencia excesiva diurna 35.7 %; insomnio intermedio e insomnio final 17.0%. Se encontró asociación significativamente estadística entre insomnio inicial, roncar, somnolencia excesiva diurna con edad, enfermedades crónicas, tratamiento farmacológico valor $p < 0.05$.

Conclusiones: Son factores asociados de riesgo, edades entre 61 a 75 años, tratamiento farmacológico: ansiolíticos, antihipertensivos, enfermedades crónicas: hipertensión arterial para presentar trastornos de sueño como: insomnio inicial, roncar y somnolencia excesiva diurna.

Palabras claves: TRASTORNO DEL SUEÑO, DISOMNIAS, PARASOMNIAS, ENFERMEDADES, TRASTORNOS DEL SUEÑO DEL RITMO CIRCADIANO.

ABSTRACT

Background Information: According to WHO, 40% of the world's population suffers from some kind of sleep disorders. Sleep disorders are deviations from normal patterns, in duration and quality, manifested as deficient and excessive sleep (1).

General objective: To determine the factors associated with sleep disorders in clinic patients at the Vicente Corral Moscoso Hospital in the year 2017.

Methodology: From a quantitative, analytical of cross-sectional study a sample of 112 patients was analyzed; to those who did the Mexican questionnaire of Monterrey, the information collected was tabulated and processed in the SPSS program version 24. It was presented in tables and charts of frequency. In order to determine the association, the OR statistic was used with its confidence interval at 95%. There was statistically significant association of $p < 0,05$ values.

Results: The average age of the sample under study was 49 years of age, the most affected age group was between 31 and 60 years of age with 53.6%, males predominate in number with 55.4%. As for the marital status, married people prevailed with 49.1%. The prevalence of sleep disorders were: initial insomnia 52.7%; snoring 46.4%; excessive daytime sleepiness 35.7%; and intermediate and final insomnia 17.0%. There is statistically significant association between initial insomnia, snoring, and excessive daytime sleepiness with age, chronic diseases, and pharmacological treatment value $p < 0.05$.

Conclusions: Risk factors associated with sleep disorders like initial insomnia, snoring, and excessive daytime sleepiness are: age between 61 and 75 years of age, pharmacological treatment: anxiolytics and antihypertensive medication; and chronic illnesses: arterial hypertension.

Key words: SLEEP DISORDER, DISOMNIAS, PARASOMNIAS, DISEASES, DISORDERS OF THE SLEEP OF CIRCADIAN RHYTHM.

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	16
1.1 INTRODUCCIÓN	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.2 JUSTIFICACIÓN	20
CAPÍTULO II	22
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	22
2.1 ANTECEDENTES	22
2.1 .1 FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO EN EL MUNDO.	22
2.1 .2 FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO EN LATINOAMÉRICA	23
2.1.3 FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO A NIVEL NACIONAL	23
2.2 EL SUEÑO	24
2.2.1 REVISIÓN HISTÓRICA	24
2.2.2 DEFINICIÓN DEL SUEÑO	25
2.2.3 EL SUEÑO NORMAL	25
2.2.4 FASES DEL SUEÑO	26
2.2.5 FUNCIONES DEL SUEÑO	26
2.3 TRASTORNOS DE SUEÑO	27
2.3.1 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE SUEÑO	27
2.4 CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO SEGÚN CUESTIONARIO MONTERREY	31
2.4.1 SOMNOLENCIA EXCESIVA DIURNA	31



2.4.2 INSOMNIO.....	32
2.4.3 APNEA OBSTRUCTIVA	33
2.4.4 PARÁLISIS DEL DORMIR, ENURESIS Y BRUXISMO	34
2.4.5 SONAMBULISMO Y SOMNILOQUIO.....	35
2.4.6 RONCAR	35
2.4.7 PIERNAS INQUIETAS Y PESADILLAS.....	36
2.4.8 USO DE MEDICAMENTOS.....	37
2. 5 FACTORES INDIVIDUALES.....	38
2.5.1 EDAD.....	38
2.5.2 SEXO.....	38
2.5.3 ESTADO CIVIL	39
2.5.4 ENFERMEDADES CRÓNICAS	39
2.4.5 DOLOR	43
2.4.6 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	44
2.4.7 FACTORES AMBIENTALES	46
CAPÍTULO III	48
3. OBJETIVOS:.....	48
3.1 OBJETIVO GENERAL	48
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
CAPÍTULO IV	49
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	49
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	49
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA	49
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	50
4.5 VARIABLES	51



4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	51
4.7 PROCEDIMIENTOS	52
4.7.1 AUTORIZACIÓN.....	52
4.7.2 SUPERVISIÓN	52
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	53
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	53
CAPÍTULO V	54
5. RESULTADOS	54
5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	54
5.2. FACTORES INDIVIDUALES.....	59
5.3. FACTORES MEDIOAMBIENTALES.....	61
5.4. FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO	62
5.4.1. SOCIODEMOGRÁFICOS	62
5.4.2. FACTORES INDIVIDUALES	67
5.4.3. FACTORES MEDIOAMBIENTALES.....	75
CAPÍTULO VI.....	80
6. DISCUSIÓN	80
CAPÍTULO VII.....	83
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
7.1. CONCLUSIONES	83
7.2. RECOMENDACIONES	84
CAPÍTULO VIII.....	85
8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFIA	85
CAPÍTULO IX.....	94
9. ANEXOS	94
ANEXO 1: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	94



ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	98
ANEXO 3: OFICIOS DE AUTORIZACIÓN Y EJECUCIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN	103
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1.....	55
Tabla N°2.	56
Tabla N°3.....	56
Tabla N°4.....	57
Tabla N°5.....	57
Tabla N°6.....	58
Tabla N°7.....	58
Tabla N°8.....	59
Tabla N°9.....	60
Tabla N°10.....	60
Tabla N°11.....	61
Tabla N°12.....	62
Tabla N°13.....	62
Tabla N°14.....	63
Tabla N°15.....	64
Tabla N°16.....	65
Tabla N°17.....	66
Tabla N°18.	66
Tabla N°19.....	67
Tabla N°20.....	68
Tabla N°21.....	69
Tabla N°22.....	70
Tabla N°23.	71
Tabla N°24.....	71
Tabla N°25.....	72



Tabla N°26	73
Tabla N°27	74
Tabla N°28.....	75
Tabla N°29.....	76
Tabla N°30.....	76
Tabla N°31.....	77
Tabla N°32	77
Tabla N°33.....	78
Tabla N°34.....	78
Tabla N°35	79
Tabla N°36.....	80
Tabla N°37.....	80

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Norma Cleotilde Sarango Gualán, en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES DE CLÍNICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2017”**, de conformidad con el Art 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo Art 144 de la ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 28 de febrero del 2018



Norma Cleotilde Sarango Gualán
1103883326



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Norma Cleotilde Sarango Gualán, autora del proyecto de investigación, **“FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES DE CLÍNICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2017”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de febrero del 2018

Norma Cleotilde Sarango Gualán

1103883326

LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Liliana del Cisne Sarango Lozano, en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES DE CLÍNICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2017”**, de conformidad con el Art 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo Art 144 de la ley Orgánica de Educación Superior

Cuenca, 28 de febrero del 2018



Liliana del Cisne Sarango Lozano
1105058547

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo Liliana del Cisne Sarango Lozano, autora del proyecto de investigación, **“FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES DE CLÍNICA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2017”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de febrero del 2018



Liliana del Cisne Sarango Lozano

1105058547

AGRADECIMIENTO

Nuestro gran agradecimiento a nuestro Padre Celestial quien nos concede la sabiduría y la inteligencia nos brindó la fuerza y la fortaleza para poder alcanzar una de nuestras metas y culminar este proyecto de tesis; a todos quienes apoyaron la realización de este proyecto en especial a nuestros padres y familiares por brindarnos todo lo necesario para que este sueño tan anhelado sea una realidad.

A la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Enfermería, por brindarnos la enseñanza y prepararnos para enfrentar los retos de la vida profesional.

Un agradecimiento sincero a las Lcdas. Susana Rivera, Janeth Clavijo, Amparito Rodríguez y al Dr. Carlos Arévalo quienes nos dedicaron su tiempo, paciencia y apoyo incondicional en la elaboración y desarrollo de la presente tesis.

Además, agradecemos al HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, en especial a la Dra. Viviana Barros directora de la Unidad de Docencia e Investigación y a la Lcda. Sandra Cando, líder del servicio de clínica, por abrirnos las puertas, el apoyo incondicional y la confianza.

A los pacientes del área de clínica por su confianza depositada en nosotras y su colaboración, sin ellos no hubiera sido posible llevar a cabo este proyecto de tesis.

A todos nuestros amigos y amigas que fueron un pilar esencial para la complementación de este trabajo investigativo.

Liliana - Norma

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres Luis Sarango y María Lozano por su apoyo, ejemplo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi hijo Erick quien ha sido y es mi motivación, inspiración, felicidad y mi fuerza para seguir adelante.

A mi novio Víctor quien me apoyo y alentó para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis hermanos/as, y amigos/as que siempre han confiado en mí y de una u otra manera han contribuido para lograr mis objetivos.

Liliana Sarango

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicada primero a mi Dios por guiarme por el buen camino y darme salud, paciencia, fortaleza, sabiduría para cumplir mi meta a pesar de todos los obstáculos presentados porque el que persevera alcanza.

A mis padres, por inculcarme valores, principios y consejos en los momentos difíciles, hermano/as, familiares por el cariño, apoyo y comprensión brindada durante todos estos años de formación académica, por enseñarme que con fe y constancia se puede lograr cualquier objetivo. Para ustedes con todo cariño.

Además, quiero dedicar este logro a mi más grande inspiración mi hija Arianita quien me acompañó en mis días de estudio con llantos, desvelos y sonrisas que día a día me motivaron a seguir adelante y no detenerme; a mi esposo Nitzon por su amor, comprensión y su apoyo económico y moral para culminar mi carrera.

A mis amigo/as, que siempre han confiado en mí y de una u otra manera han contribuido para cumplir mi sueño, quienes han hecho de estos años dignos de recordar.

Norma Sarango

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El sueño es un indicador de calidad de vida, en él se producen procesos restaurativos. Sin embargo la hospitalización favorece la aparición de trastornos del sueño que afectan a estos procesos (2). Los trastornos del sueño, entendidos como un amplio grupo de patologías que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia, constituyen uno de los problemas de salud más relevantes en la sociedad. El sueño es un elemento fundamental asociado con la calidad de vida. Esta afirmación no se refiere solamente al hecho de dormir bien a lo largo de la noche, sino que a su vez está relacionada directamente con el funcionamiento diurno eficiente y eficaz. Por esta razón, el Centro para el Control y Prevención de enfermedades (CDC) de Atlanta define la falta de sueño como un problema de salud pública (3).

Según Bakr y Fahim en un estudio realizado en el 2012 concluyeron que un 36% de pacientes hospitalizados sufrían de insomnio. En esta situación los pacientes están expuestos a un retraso en su recuperación y a otras patologías. La hospitalización puede producir desadaptación en el paciente, y conlleva, implícitamente, una pérdida de intimidad en las actividades diarias. En otro estudio en la escuela de Medicina de Harvard, Allan Hobson, sostenía recientemente en el diario USA Today que la falta de horas de sueño puede predisponer a la aparición de enfermedades de naturaleza genética. La restricción crónica de sueño puede generar en los jóvenes sanos la aparición de diabetes, aumentar su presión sanguínea, provocar obesidad o pérdida de memoria (2).

El sueño es un estado de conciencia dinámico con el que podemos llegar a tener una actividad cerebral tan activa como en la vigilia y en él ocurren grandes modificaciones en el funcionamiento del organismo; cambios en la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria, la temperatura corporal, la secreción hormonal, etc. La Guía de Práctica Clínica de Española sobre trastornos de sueño menciona que los trastornos del sueño en el paciente adulto hospitalizado han suscitado un creciente interés, ya que pueden aumentar el

riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes. Es difícil encontrar alguna enfermedad que no altere en nada el sueño nocturno razón por la cual es crucial identificar los factores asociados que producen trastornos de sueño para el desarrollo e implementación de políticas de salud “la privación de sueño resulta incompatible con la vida” (4).

Los trastornos del sueño son dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido y quedarse dormido en momentos inapropiados, provocando lapsos de tiempo de sueño excesivos o conductas anormales relacionadas con el sueño (5).

Pérez y colaboradores exponen que los trastornos del sueño son muy frecuentes en la sociedad occidental y afectan de manera crónica, hasta al 20 % de la población, mientras que cada vez son más las personas que sufren insomnio de manera ocasional. Según Carro y colaboradores constituye una importante causa de consulta médica. A pesar de su aparente benignidad, debe diagnosticarse y tratarse, debido a sus complicaciones (6).

Por todo lo expuesto se pretende determinar la presencia de alteraciones de sueño, así como los factores asociados que pueden estar generando trastornos de este tipo en los pacientes hospitalizados con el fin de contribuir al mejoramiento en la calidad de atención. El mantenimiento de las horas de sueño normales a nivel hospitalario es uno de los desafíos sanitarios del futuro.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Heredia existe una gran variedad de factores que pueden afectar a la hora de conciliar el sueño y a su calidad entre ellos están: factores intrínsecos (edad, sintomatología, patología y factores psicológicos) y factores extrínsecos, entre los que se encuentran las condiciones medioambientales (luz, ruido y compañeros de habitación) y las intervenciones terapéuticas realizadas que incluyen las acciones de cuidado de enfermería por las noches como: toma de constantes vitales, administración de medicamentos, medidas de confort, pudor en los pacientes, y los monitoreos frecuentes, factores asociados que conllevan a la alteración del descanso nocturno en los pacientes hospitalizados (7).

En estudios realizados en el Hospital Torre Cárdenas, Hospital de la Cruz Roja y Hospital Provincial de Almería-España se llegó a concluir que: el mayor problema para que los pacientes puedan cumplir con un patrón del sueño normal son los factores ambientales (8). Otro estudio realizado por la Universidad de Chile señala que la disrupción del sueño en los pacientes hospitalizados esta alterado por diversos factores como: el consumo habitual de sedantes, el nivel de ansiedad de los pacientes durante la hospitalización y ciertos factores ambientales; ruidos molestos, iluminación inadecuada, falta de comodidad del inmobiliario, etc. (9).

La disrupción del sueño tiene numerosas consecuencias psicológicas y fisiológicas en los pacientes, además de incrementar los niveles de ansiedad, alterar el humor y provocar delirium, puede producir elevación de la presión arterial, deterioro del control postural, alteración de la mecánica ventilatoria, incrementos de la activación cardiovascular, alteración del eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal, alteraciones inmunitarias, diabetes mellitus y obesidad (10).

Por todo lo expuesto, es imprescindible diagnosticar la presencia de trastornos del sueño en los pacientes hospitalizados una población vulnerable a desarrollarlos, así como también analizar los factores que los condicionan. Es necesario que el profesional de salud reconozca a la valoración del sueño como

una prioridad en el cuidado del paciente y utilice herramientas prácticas, sencillas, rápidas y específicas.

Con la presente investigación se pretende identificar los principales factores asociados a los trastornos de sueño. Es muy importante que el personal de salud identifique los diversos trastornos del sueño que puedan presentarse, que planifique las actividades de enfermería específicas e individualizadas a fin de proporcionar una atención integral y mejorar el estado general y la calidad de vida de los pacientes que así lo requieran. Lo que nos lleva a realizar la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuáles son los factores asociados a trastornos de sueño en pacientes de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El sueño es un fenómeno importante del comportamiento que proporciona restablecimiento físico y emocional, ahorro de energía y consolidación de los recuerdos almacenados durante la vigilia. No es una situación pasiva sino un estado activo donde tiene lugar cambios de las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos. Las diferentes alteraciones del sueño, ya sea por exceso o déficit del mismo, producen cambios Psicológicos como: irritabilidad, ansiedad, impaciencia y depresión; por otro lado, dentro de los aspectos cognitivos se relacionan con dificultades de memoria, menor capacidad de adaptación y reacción en situaciones nuevas y déficit de atención (11).

En las Guías de Atención Primaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se resalta que un sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del paciente para mantener una vida activa y saludable (12).

Un estudio realizado por; Nuffield Institute for Health, Community Care Division, Leeds, England, pone en evidencia que no se tiene en cuenta las necesidades del paciente, se hacen muchas intervenciones durante la noche, se les despierta temprano, etc. Promover un ambiente adecuado al sueño del paciente en el hospital es un desafío, aunque puede que aparentemente duerman, este sueño puede no ser restaurador. Por tal razón, los profesionales de salud deben ser formados sobre la fisiología del sueño y deben proporcionar las intervenciones adecuadas a los pacientes (13).

España es uno de los países que ha tomado en cuenta esta necesidad vital de respetar las horas de sueño de los pacientes. Por eso, han puesto en marcha el Proyecto Sueño, con el cual buscan impulsar nuevas prácticas que hagan más amable la estancia. Un estudio realizado por dicho proyecto informa, que los pacientes hospitalizados que duermen por la noche menos de cinco horas por tres días seguidos tienen asociado un incremento de mortalidad cuatro veces mayor en comparación con los que duermen más de este periodo de tiempo (14).

La razón de realizar este proyecto de investigación es para contribuir a cambiar la cultura de los cuidados en el servicio hospitalario de esta forma ayudar en la recuperación, que el sueño sea utilizado como parte del tratamiento. Por ende, el profesional de la salud debe conocer bien los factores que aumentan la comodidad, promuevan el reposo y el sueño, de tal forma que puedan realizar acciones específicas para ayudar a cada paciente a mejorar su calidad de vida.

Se ha determinado de vital importancia este tema de investigación, esperando a que contribuya a detectar y disminuir factores externos e internos que alteran el sueño en los pacientes hospitalizados.

Además, este proyecto de investigación pretende constituir una fuente de información para el personal de salud y población en general, para que, entendiendo la problemática de los trastornos del sueño puedan incorporar nuevas estrategias que ayuden en la calidad del sueño.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1 .1 Factores asociados a trastornos de sueño en el Mundo.

De acuerdo con la Asociación Mundial de Medicina del Sueño y la OMS, los problemas de sueño constituyen una epidemia global que amenaza la salud y la calidad de vida de más del 45% de la población mundial. En España un 8 y un 12% de la población sufre insomnio, entre un 2 y un 4% padece apnea del sueño, y entre un 1 y un 3% tiene el síndrome de las piernas inquietas, con necesidad de tratamiento diario (15). Según Cramer, la falta de sueño tiene impactos altamente nocivos en la salud, tanto física como mental. Además, varias investigaciones, afirman que la privación de sueño tiene un riesgo mucho más alto de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y depresión. Otro estudio realizado en 2015 por investigadores en Qatar, dormir poco hace que aumente nuestro apetito y la resistencia a la insulina (16).

Estudios realizados por la Comisión Nacional de Investigación de Trastornos del Sueño en Estados Unidos de América, se encontró que 70 millones de individuos en ese país están afectados por trastornos del sueño. En una encuesta realizada en Canadá, se determinó que el 80 % de la población masculina mayor de 60 años, tenía asociada a la hipertensión dificultades con el sueño (17).

En otros estudios realizados sobre los factores hospitalarios relacionados con las alteraciones del sueño en pacientes del Hospital Torre Cárdenas, Hospital de la Cruz Roja y el Hospital Provincial de Almería, España. Mencionan que: los aspectos que intervienen en el desarrollo normal del patrón del sueño se pueden concretar en dos aspectos: las causas ambientales por el entorno hospitalario y la preocupación por la pérdida de la salud. Los investigadores han establecido conexiones entre la alteración de la regulación circadiana, los trastornos del sueño,

así como cambios en la regulación metabólica, la inflamación y la respuesta inmunitaria (8).

2.1 .2 Factores asociados a trastornos de sueño en Latinoamérica

En Latinoamérica, existen pocos datos sobre los trastornos del sueño. Sin embargo, en países como en Chile, se encontró que un 67.2 % de la población tenía una alta frecuencia de síntomas de trastornos del sueño, en donde el 29.4 % presentaba excesiva somnolencia diurna, siendo esta la alteración más frecuente. En Brasil, el 16.5 % reportó este mismo trastorno, lo cual es similar a lo encontrado en la Ciudad de México en donde el 16 % de la población mayor de 40 años reportó excesiva somnolencia diurna y en el mismo país en la ciudad de Monterrey, reportó que el 36 % presentaba insomnio. En Colombia el 46.8 % de una muestra estudiada presentó insomnio (18).

Un estudio realizado en Chile muestra que la hospitalización está asociada a una disrupción del sueño que no es refrescante ni restaurador. La patología, el dolor, tratamiento farmacológico, el ambiente hospitalario, la ansiedad y el estrés contribuyen a la mala calidad del sueño, siendo más vulnerables a sufrir trastornos de sueño (10).

Otros estudios han mostrado que las alteraciones del sueño pueden tener una incidencia de hasta un 47% en pacientes hospitalizados y que están asociados a una menor tolerancia al dolor, una mayor irritabilidad y un mayor tiempo de estadía intrahospitalaria. Pese a estas consecuencias, muchas veces los trastornos del sueño son subdiagnosticados (10).

2.1.3 Factores asociados a trastornos de sueño a nivel nacional

En el Ecuador los trastornos del sueño se han vuelto una de las principales causas de consulta. De hecho, se estima que el 40% de la población padece trastornos del sueño y los jóvenes son parte de esta estadística. Según Pesantez, en el país no existen suficientes estudios ni especialistas en la temática y la atención que se brinda en los hospitales públicos, no es totalmente

integral, por lo que el Estado debe desarrollar políticas públicas de salud para tratar esta enfermedad que tiene solución (19).

En un estudio realizado en Quito sobre los trastornos del sueño en internos rotativos del Hospital Carlos Andrade Marín, 2015. La prevalencia de los trastornos de sueño fue: somnolencia excesiva diurna 37 %; insomnio intermedio e insomnio final 30.6 %; insomnio inicial 29.4 %; apnea obstructiva 1.3 %; no se registraron casos de bruxismo y enuresis, tampoco consumo de medicamentos para dormir, el sonambulismo y somniloquio 0.4 %; roncar 12.3 %; piernas inquietas y pesadillas 2.1 % y únicamente parálisis al empezar a dormir con un 1.7 % (18).

El Hospital Metropolitano de Quito menciona en su página Web al respecto que los trastornos del sueño son un problema muy común que tiene solución. La privación del sueño interfiere en el trabajo, al conducir vehículos y en las actividades sociales de una persona. Es esencial entender la importancia del sueño y cuáles son los factores que lo afectan. Los estudios realizados por científicos dicen que el sueño es necesario para sobrevivir. Existen más de 70 tipos de trastornos del sueño. Muchos de éstos se pueden controlar satisfactoriamente una vez diagnosticados (20).

2.2 EI SUEÑO

2.2.1 Revisión histórica

El sueño es un fenómeno fisiológico restaurativo y esencial que ocupa un tercio de la vida del ser humano cuyos mecanismos y funciones todavía hoy no son bien conocidos (21).

A pesar de ser uno de los grupos de patologías más frecuentes en el hombre, las referencias al sueño y sus patologías en la medicina occidental han sido escasas hasta el siglo XIX. En el año 900 a.C., Homero en su colección de poemas épicos señalaba ya la importancia del sueño y su deificación en la forma de Hipnos (dios del sueño). Gran parte del interés inicial del hombre por el sueño se desarrolló en la interpretación del contenido onírico. El estudio del sueño como actividad fisiológica no comenzó hasta 1929 con el descubrimiento de la

electroencefalografía por el neuropsiquiatra Alemán Hans Berger, desterrando definitivamente la idea del sueño como un estado homogéneo o unitario. Este investigador obtuvo sus primeros registros de la actividad eléctrica cerebral en pacientes que tenían trepanaciones en el cráneo, insertándoles electrodos en forma de aguja entre el cuero cabelludo y la duramadre (22).

Berger, identificó en sus estudios dos tipos de ondas cerebrales: las ondas alfa o de primer orden, que presentaban una frecuencia de diez ciclos por segundo y las betas o de “segundo orden”, de aproximadamente treinta ciclos por segundo. Estableció, además, que ante estímulos ambientales externos o cuando el sujeto realizaba alguna tarea aritmética, las ondas alfa desaparecían dando paso a las ondas beta, volviendo a aparecer cuando el sujeto se relajaba y cerraba los ojos. Gracias a esta técnica se pudo comprobar que la actividad cerebral sufre grandes cambios restaurativos mientras dormimos (23).

2.2.2 Definición del Sueño

El sueño es una función fisiológica fundamental que se caracteriza por ser periódica, transitoria, reversible en el ser humano. Es imprescindible para la vida, debido a que su privación absoluta puede producir la muerte. Existen numerosas definiciones sobre qué es el sueño Buela-Casal lo define como “un estado funcional, reversible y cíclico, con algunas manifestaciones comportamentales características, como una inmovilidad relativa y/o aumento del umbral de respuesta a estímulos externos” (18).

2.2.3 El sueño normal

Es una alteración reversible del estado de consciencia en el cual hay un proceso activo-cerebral, la tercera parte de nuestras vidas la dedicamos a dormir y es muy importante para nuestra salud física y mental. En la regulación del sueño no sólo influyen mecanismos homeostáticos y circadianos, sino que también cobran importancia la edad y los factores individuales de cada persona. Los mecanismos homeostáticos tienden a mantener un equilibrio interno, así que a más horas pasadas en situación de vigilia mayor es la necesidad de dormir. Esta necesidad de dormir esta mediada por sustancias como la adenosina que se acumulan en el cerebro de forma proporcional al tiempo pasado en vigilia como resultado del

metabolismo cerebral y cuya presencia en el espacio extracelular del hipotálamo anterior o en el espacio subaracnoideo cercano es capaz de activar las neuronas, dando paso al sueño (24).

2.2.4 Fases del sueño

Según OMS durante el sueño normal, se presentan dos tipos diferentes de sueño: En el sueño MOR (movimientos oculares rápidos), se presentan movimientos rápidos de los ojos sin actividad muscular corporal y el sueño con ondas lentas, conocida como No-REM es el cuerpo el que se mueve mientras los ojos permanecen inmóviles. El sueño no-REM tiene cuatro fases (1 y 2 de sueño ligero, y fases 3 y 4 de sueño profundo). Se cree que en las fases más profundas es cuando la persona se recupera del cansancio (25).

El primer período del sueño no-REM inicia inmediatamente: la persona queda dormida usualmente a los 15 minutos de haberse acostado. Este es seguido por un período de sueño REM. Durante la noche ocurren al menos 4 de estos ciclos no-REM + REM a intervalos de 90 minutos aproximadamente. Durante la noche, los períodos REM son cada vez más prolongados (26).

2.2.5 Funciones del Sueño

Según la Sociedad Española de Medicina Oral del Sueño, son muchas las incógnitas sobre la finalidad fisiológica del sueño. A pesar de los progresivos descubrimientos, en estos momentos no es fácil elaborar una teoría única sobre su funcionalidad. En las últimas décadas se han propuesto múltiples teorías explicativas acerca de la función del sueño para explicar el fin último de nuestra necesidad de dormir pero que siguen siendo insuficientes para dar por sí solas una explicación universalmente aceptada. Tres son las funciones principales atribuidas al sueño NREM: Conservación de la energía, reparación (corporal y neurológica) y de protección. En cuanto al sueño REM la teoría de consolidación de la memoria es la que cuenta con más aceptación entre los autores del sueño (27).

Durante el sueño se producen numerosos cambios en el organismo que afectan prácticamente a todos los sistemas; diversas glándulas segregan hormonas que

afectan a la regulación de la energía, el peso, el crecimiento y el estrés. Simultáneamente, el cerebro favorece la liberación de hormonas anabólicas, y su disminución está asociada con el proceso de envejecimiento, la perturbación del sueño afectaría la presión arterial, el ritmo cardíaco, y sus efectos sobre la circulación. La atención, y memoria de corto plazo pueden verse comprometidas por problemas de sueño. En el cerebro se producen una serie de intensos cambios en su funcionamiento global, dando lugar a un proceso muy dinámico. En general, el sueño presenta cualidades restauradoras, de manera que dormimos para obligar al cuerpo y a la mente a detenerse y realizar las tareas necesarias para nuestro mantenimiento interno (28).

2.3 TRASTORNOS DE SUEÑO

Los trastornos del sueño son definidos por la Organización Panamericana de la Salud como desviaciones de los patrones normales, tanto en duración como en calidad, manifestadas como sueño deficiente, excesivo o anomalías del comportamiento durante la misma (29). Según el hospital metropolitano informa que existen más de 70 tipos de trastornos del sueño. Muchos de éstos se pueden controlar satisfactoriamente, una vez diagnosticados (20).

2.3.1 Clasificación de los trastornos de sueño

Desde su nacimiento en el año 1970 la medicina del sueño ha prestado particular atención al tema de las clasificaciones y en 1979 la Asociación Americana de los Trastornos de Sueño publicó la “Clasificación Diagnóstica de los Trastornos del Sueño y Alertamientos” a partir de este momento se generaron diferentes propuestas de clasificación, todas estructuralmente diferentes, que culminaron en 1990 en la “Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño” revisada en 1997, actualizada en su segunda edición en 2005, y por último remplazada en el 2014 por su tercera edición a través de la Academia Americana de Medicina del Sueño. La organización de esta clasificación, aún con limitaciones, ha probado ser efectiva, fácil de usar y se ha mantenido vigente hasta nuestro días (30).

Tabla: 1 (ICSD- 3) Clasificación Internacional de Trastornos de Sueño según la Academia Americana de Medicina del Sueño.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO (ICSD- 3)	
1.- Insomnio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastorno de Insomnio crónico 2. Trastorno de Insomnio de corta duración 3. Otros Trastornos de Insomnio 4. Síntomas aislados y variantes normales <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo excesivo en cama • Dormidor Corto (Sueño corto).
2.- Trastornos respiratorios del dormir (TRD)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Síndromes de Apnea Obstructiva del Sueño <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Apnea Obstructiva del Adulto • Síndrome de Apnea Obstructiva Pediátrico 2. Síndromes de Apnea Central del Sueño <ul style="list-style-type: none"> • Apnea Central del Sueño con respiración de Cheyne-Stokes • Apnea Central del Sueño debido a un trastorno médico sin respiración de Cheyne-Stokes • Apnea Central del Sueño debido a la respiración periódica de gran altitud • Apnea Central del Sueño debido a un medicamento o sustancia • Apnea Central del Sueño primaria • Apnea Central del Sueño primaria de la infancia • Apnea Central del Sueño primaria del prematuro • Apnea Central del Sueño emergente por tratamiento 3. Trastornos de Hipoventilación relacionados con el Sueño <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de hipoventilación por obesidad • Síndrome de hipoventilación alveolar central congénita • Hipoventilación central de inicio tardío con disfunción hipotalámica • Hipoventilación alveolar central idiopática • Hipoventilación relacionada con el sueño debido a medicamento o sustancia • Hipoventilación relacionada con el sueño debido a un trastorno médico 4. Trastorno de Hipoxemia relacionado con el Sueño 5. Síntomas aislados y variantes normales <ul style="list-style-type: none"> • Ronquido

	<ul style="list-style-type: none"> Catatrenia
3.- Trastornos centrales con hipersomnia	<ol style="list-style-type: none"> Narcolepsia Tipo 1 Narcolepsia Tipo 2 Hipersomnia Idiopática Síndrome de Kleine Levine Hipersomnia debido a trastorno médico Hipersomnia debido a medicación o sustancia Hipersomnia asociada con trastorno psiquiátrico Síndrome de sueño insuficiente Síntomas aislados y variantes normales: Sueño largo o Dormidor largo.
4.- Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia	<ol style="list-style-type: none"> Trastorno de Retraso de Fase Sueño/Vigilia Trastorno de Avance de Fase Sueño/Vigilia Ritmos Irregular Sueño/Vigilia Trastorno del Ritmo Sueño/Vigilia no 24 horas Trastorno del Trabajo por Turnos Trastorno de Desfase Horario (Jet Lag) Trastorno del Ritmo Circadiano Sueño/Vigilia no especificada
5.- Parasomnias	<ol style="list-style-type: none"> Parasomnias relacionadas con el Sueño NREM <ul style="list-style-type: none"> Arousals Confusionales Sonambulismo Terrores Nocturnos Trastorno de la Alimentación relacionada con el sueño Parasomnias relacionadas con el Sueño REM <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de Conducta del Sueño REM Parálisis del Sueño aislada recurrente Pesadillas Otras Parasomnias <ul style="list-style-type: none"> Síndrome de explosión cefálica Alucinaciones relacionadas con el sueño Enuresis del sueño

	<ul style="list-style-type: none"> Parasomnia debido a un trastorno médico Parasomnia debido a medicamento o sustancia Parasomnia inespecífica <p>4. Síntomas aislados y variantes normales</p> <ul style="list-style-type: none"> Somniloquia
6.- Trastornos del movimiento relacionados con el sueño	<ol style="list-style-type: none"> Síndrome de piernas inquietas Trastorno del movimiento periódico de extremidades Calambres en las piernas relacionados con el sueño Bruxismo relacionado con el sueño Trastorno del movimiento rítmico relacionado con el sueño Mioclono benigno del sueño en la infancia Mioclono propioespinal en el inicio del sueño Trastorno del movimiento relacionado con el sueño debido a un trastorno médico Trastorno del movimiento relacionado con el sueño debido a medicamento o sustancia Trastorno del movimiento relacionado con el sueño no especificado Síntomas aislados y variantes normales <ul style="list-style-type: none"> Mioclono fragmentario excesivo Temblo Hipnagógico del pie (HFT – Hypnagogic Foot Tremor) y activación muscular alternante de la pierna durante el sueño (ALMA – Alternating Leg Muscle Activation) Sacudidas Hipnagógicas (Sleep Starts o Hypnic Jerks)
7.- Otros trastornos del sueño	<ul style="list-style-type: none"> Insomnio familiar fatal Epilepsia relacionada con el sueño Cefalea relacionada con el sueño Laringoespasma relacionado con el sueño Reflujo gastroesofágico relacionado con el sueño Isquemia de miocardio relacionada con el sueño

ICSD-3 Clasificación internacional de trastornos de sueño

Según el investigador, Ricardo Silvestre Bello Carrera, responsable de la última modificación de los trastornos de sueño 2014, los trastornos del dormir son un grupo heterogéneo y multidisciplinario de padecimientos que según la tercera edición de la clasificación internacional se agrupan en siete grandes categorías: insomnio, trastornos respiratorios del dormir (TRD), trastornos centrales con hipersomnia, trastornos del ritmo circadiano (ciclo sueño–vigilia), parasomnias, trastornos de movimientos durante el sueño y otros trastornos del dormir.

Este sistema de clasificación se actualizó sobre la base de la segunda edición publicada en 2005 y provee de información importante sobre fisiopatología, pronóstico, curso clínico y en algunos casos patrones de herencia; también sirve para definir el dominio de una especialidad en particular, lo cual es importante para la referencia oportuna del paciente e inicio del tratamiento. Así la ICSD–3 define los criterios diagnósticos vigentes para la identificación de todos los padecimientos intrínsecos del sueño, emite recomendaciones para su abordaje clínico y los correlacionan con la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades propuesto por la Organización Mundial de la Salud (30).

2.4 CARACTERIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO SEGÚN CUESTIONARIO MONTERREY

2.4.1 Somnolencia excesiva diurna

La somnolencia excesiva diurna se define como la incapacidad de permanecer despierto y alerta durante el período de vigilia, con episodios no intencionados de somnolencia y/o sueño. Es, pues, una situación en la que los síntomas o signos subjetivos de somnolencia interfieren con el funcionamiento diurno normal, las tareas sociales o la calidad de vida. El insomnio puede provocar somnolencia diurna excesiva, al igual que muchos trastornos neurológicos y enfermedades (31).

Típicamente se presenta mediante episodios que duran 1 hora o más y ocurre durante situaciones que propician el sueño, tales como leer o mirar televisión. La capacidad de despertar del sujeto es normal, aunque algunos pacientes reportan

dificultad al despertar y experimentan desorientación en algunos casos. El desorden es inicialmente progresivo, pero para el momento del diagnóstico generalmente se ha estabilizado. La prevalencia global de este trastorno es de 30 % aproximadamente, y es un desorden del sueño que se ve influenciado fácilmente por factores externos como estrés, tensión aumentada, preocupaciones, entre otras (26).

Los diabéticos tipo 2 y las personas con apnea, depresión y asma tienden a tener una mayor incidencia de somnolencia excesiva diurna. Los medicamentos también pueden producir dicho trastorno. Hay tantas causas comunes de la somnolencia

que algunos estiman que el 20% de la población sufre de somnolencia diurna excesiva. La somnolencia diurna excesiva es el problema clave detrás del sueño al conducir. Las pruebas han encontrado que esta puede deteriorar las habilidades motoras peor que la intoxicación por alcohol, al igual que el insomnio, la SED a menudo pasada por alto por los médicos o mal interpretada. Los pacientes pueden quejarse de estar cansados, que no es lo mismo que estar somnolientos por consiguiente acortando la esperanza de vida en las personas mayores con diferentes enfermedades (31).

2.4.2 Insomnio

El insomnio se define como la inhabilidad para obtener un sueño adecuado o reparador, presumiblemente debido a una anormalidad del control neurológico del sistema sueño- despertar. Según Basta, la teoría actualmente aceptada dice que el insomnio se produce preferentemente por un estado de hiperactivación psicofisiológica, manifestada globalmente en la actividad cerebral, el sistema autónomo y el sistema endocrino. La frecuencia de insomnio en la población general es de 30 al 40 %, de la cual un 10 a 15 % es crónico o severo (26).

Es el trastorno que con más frecuencia se presenta, consiste en la dificultad para dormir, en cantidad y calidad necesarias para que el sueño pueda ser reparador. El insomnio es 1.3 veces más frecuente en la mujer que en el hombre y la incidencia se incrementa con la edad ya que es 1.5 veces más frecuente en

individuos mayores de 65 años que en los menores de esta edad. Entre las consecuencias más comunes del insomnio son: astenia, irritabilidad, ansiedad produciendo debilitamiento del sistema inmunológico agravando la enfermedad y afectando el funcionamiento diurno (32).

2.4.2.1 Tipos de insomnio: Inicial, Intermedio y Final

Insomnio de inicial: El paciente presenta dificultad para conciliar el sueño, teniendo una duración entre el momento de acostarse a dormir y el momento de conciliar el sueño mayor de 30 minutos. **Insomnio intermedio:** la persona puede conciliar el sueño de forma normal, pero se despierta durante la noche varias veces generalmente con problemas para volver a dormir, lo que evita el buen descanso. **Insomnio final:** la persona concilia bien el sueño al inicio y logra mantenerlo hasta cierto punto, pero se despierta dos a tres horas antes de lo habitual y tiene problemas para completar sus horas de sueño (33).

2.4.3 Apnea obstructiva

Se caracteriza por la presencia de pausas respiratorias de más de 10 segundos de duración, que provocan alteración de la arquitectura del sueño y la persona durante el día presenta somnolencia excesiva en distinto grado (34).

La apnea obstructiva es la forma más frecuente de los trastornos relacionados con la respiración. Se produce entre el 1% y 10% de la población adulta, aunque suele ser más elevada en la tercera edad. En general aparece entre los 40 y 60 años y las mujeres tienen más probabilidad de presentarlo después de la menopausia. Dicha prevalencia aumenta con la edad, siendo más frecuente en varones entre los 40 y 60 años. En general suele producirse en personas obesas e hipertensas. El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) se asocia con micro infartos cerebrales, riesgo de ictus y deterioro cognitivo secundario (35).

2.4.4 Parálisis del dormir, enuresis y bruxismo

Parálisis del dormir: consiste en un periodo de imposibilidad para realizar movimientos voluntarios al momento de iniciar el sueño o al despertar ya sea durante la noche o en la mañana. Durante la parálisis del sueño los movimientos del tronco, miembros y cabeza están abolidos, sin embargo, los movimientos

oculares, respiratorios y la sensibilidad están intactos, el paciente está en teoría despierto y consiente, pero es incapaz de moverse; además existe el frecuente reporte de sensación de opresión torácica importante. Todos estos conjuntos de alteraciones hacen a la experiencia realmente aterradora, particularmente si el paciente tiene dificultad para respirar (26).

El episodio de parálisis generalmente dura de 1 a varios minutos y desaparece espontáneamente por estimulación externa. Algunos pacientes reportan que repetidos esfuerzos por moverse o movimientos oculares vigorosos pueden ayudar a desaparecer el episodio. Este trastorno ocurre por lo menos una vez en la vida en un 40 % a 50 % de individuos sanos. Como desorden crónico es menos frecuente, en un 3 % a un 6 % de la población (35).

Enuresis nocturna: Consiste en orinarse durante el sueño y puede ser primaria cuando nunca se llegó a conseguir el control esfinteriano y secundaria, cuando tras conseguir dicho control, y generalmente por un desencadenante emocional, se pierde. Generalmente el individuo tiene sueños acerca de orinar en el baño, pero no como evento precipitante sino una vez que ha comenzado el acto de micción. La prevalencia disminuye progresivamente hasta 3 % en individuos mayores de 18 años. En algunos casos puede estar asociado a diabetes, infección del tracto urinario o epilepsia. Es más frecuente en varones y en casi el 60% de los casos existen antecedentes familiares (36).

Bruxismo: Actividad rítmica de los músculos de la articulación temporomandibular que provoca un contacto forzado de los dientes haciéndolos rechinar durante el sueño. En la infancia tiene una alta prevalencia de hasta el 10%. En un estudio Europeo con una amplia muestra, en mayores de 15 años

se encontró una prevalencia del 8% de sujetos que referían rechinar de dientes al menos una vez por semana (36).

2.4.5 Sonambulismo y Somniloquio

Sonambulismo: Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor. Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido. Su prevalencia es del 15% en niños, 6% en adolescentes y 1 % en adultos (12).

Somniloquio: Es la articulación de expresiones orales de diferente complejidad durante el sueño. Su prevalencia en niños varía del 10 al 30% siendo más elevada en los niños según los estudios, al tratarse de un tema específico en adultos se maneja la frecuencia antes mencionada, ocurre a diario y fundamentalmente en el primer ciclo de sueño. Está mayormente asociada en un 76 % al sueño REM, 21 % a la fase de sueño profundo N3 y 26 % a fase N2, aunque realmente puede ocurrir en cualquier fase de sueño (36).

2.4.6 Roncar

Según el Dr. Ferre, especialista en trastornos de sueño, el ronquido se caracteriza por sonidos respiratorios fuertes provenientes de la vía aérea superior durante el sueño, con episodios de apnea o hipoventilación. Típicamente ocurre cuando el paciente está en posición supina y se presenta continuamente con cada respiración. El sonido es producido por la vibración de tejidos faríngeos (base posterior de la lengua, paladar blando, úvula, pared faríngea) durante la inspiración por entrada de aire turbulento a través de un espacio oro faríngeo o nasofaríngeo estrecho. No se asocia a despertares, desaturación de oxígeno o arritmias cardíacas y no causa insomnio o somnolencia (37).

Se sospecha que los pacientes con ronquidos están predispuestos a desarrollar síndrome de apnea del sueño especialmente si ganan peso o ingieren depresores

del SNC como alcohol, ansiolíticos e hipnóticos. Como factores predisponentes se encuentran los mismos que para apnea de sueño: hipertrofia amigdalara, congestión nasal, obstrucción u obesidad. La prevalencia aumenta conforme a la edad con mayor predilección por el sexo masculino, ocurriendo en 40 % a 50 % en mayores de 65 años. Se ha visto que los ronquidos pueden ser más frecuentes y fuertes durante sueño REM (38).

2.4.7 Piernas inquietas y Pesadillas

El Síndrome de piernas inquietas se caracteriza por una sensación desagradables en las piernas, en muchas ocasiones, resulta difícil de describir (hormigueos, pinchazos, dolor, quemazón). Estas molestias suelen acentuarse a última hora de la tarde, noche o en periodos de inactividad que llevan al sujeto a una necesidad irresistible de mover las piernas. Generalmente, con el movimiento o al caminar encuentra cierto alivio, reapareciendo de nuevo los síntomas al sentarse o acostarse, impidiendo conciliar el sueño, por lo que pueden acabar provocando un cuadro de insomnio grave. Actualmente el Síndrome de piernas inquietas está reconocido como una de las alteraciones neurológicas más frecuentes, llegando a afectar a un 4 -10% de la población general (39).

Pesadillas: Son sueños aterradoros que despiertan al individuo del sueño REM (segunda mitad del periodo habitual de sueño), generalmente son ensoñaciones complicadas, largas que se vuelven más aterradoras hacia el final y cuyo contenido se puede recordar inmediatamente. La sensación de miedo o ansiedad y daño inminente es parte esencial de las pesadillas. Como factores asociados se puede encontrar hablar, gritar, patear, etc. (40).

Es más común en población infantil, 10-50 % de los niños suelen presentarlas entre los 6 y 10 años, de los cuales la mayoría lo superará progresivamente, aunque un grupo continuara presentando pesadillas en la adolescencia y adultez. Este grupo (1 %) se convertirá en presentadores frecuentes de pesadillas de por vida. Los

movimientos pueden aparecer inmediatamente después del inicio de la fase N1 de sueño NREM, aunque son frecuentes en fase N2 y disminuyen en frecuencia durante fase N3. Usualmente están ausentes durante el sueño REM (40).

2.4.8 Uso de medicamentos

El primer estudio federal de salud sobre el uso de las pastillas para dormir, sugiere que el sueño se está convirtiendo en algo muy difícil de alcanzar en las personas en Estados Unidos. De acuerdo con la última información, entre 50 y 70 millones de estadounidenses tienen problemas para dormir y la cantidad de personas que toman pastillas para dormir va aumentando (40).

En un estudio realizado en Estados Unidos por el Dr. Mercola en el 2012 reveló que las personas que toman pastillas para dormir no sólo corren mayor riesgo de sufrir ciertos tipos de cáncer en un 35%, si no también son casi cuatro veces más propensas de morir que las personas que no las toman. Las pastillas para dormir están vinculadas con un riesgo mayor de diabetes, obesidad, amnesia, depresión, confusión y riesgo mayor de muerte (41).

Los fármacos que incrementan el nivel del estado de alerta, actividad motora y disminuye la sensación de somnolencia y fatiga en los pacientes están los siguientes grupos: antihipertensivos, broncodilatadores, Anticonceptivos orales; Antiinflamatorios con corticoesteroides, adrenocorticotropina (ACTH), gotas nasales con efedrina y hormonas tiroideas (42).

Los fármacos que disminuyen el nivel del estado de alerta y actividad motora produciendo sueño en el paciente son los siguientes: antihipertensivos, antidepresivos, antihistamínicos, antieméticos, antiinflamatorios no esteroides y Vitaminas (43). Por norma general, la mayoría de los fármacos inductores del sueño, producen cambios en la arquitectura del sueño, deterioro de la vigilancia la mañana siguiente y dependencia del medicamento (43).

2. 5 Factores individuales

2.5.1 Edad

Cada persona presenta un horario propio de su ritmo circadiano, con momentos de máxima actividad y momentos donde la actividad es mínima. Aparte de los factores homeostáticos y circadianos, la edad y el neurodesarrollo de la persona son también factores relevantes en la organización del sueño. La cantidad, calidad y duración del sueño varían con la edad, existiendo grandes diferencias entre una persona y otra. Un recién nacido duerme alrededor de 18 horas al día, con un alto porcentaje de sueño REM. A partir de la edad adulta el sueño tiende a concentrarse sobre todo en un episodio nocturno de 7-8 horas, y en la tercera edad el sueño nocturno contiene menos proporción de sueño lento (44).

Según Bello-Braua y colaboradores, se ha encontrado que la calidad de sueño empeora progresivamente después de los 54 años. A partir de esta edad se incrementa el período de latencia de sueño y despertares frecuentes, en comparación con la población de menor edad. En los adultos mayores, los síntomas de trastornos de sueño son muy comunes como consecuencia de enfermedades psiquiátricas, procesos médicos, hábitos de sueño inadecuados, situaciones afectivas, sociales y familiares, enfermedades primarias del sueño o como consecuencia de una modificación de la estructura natural del sueño por el envejecimiento (44).

2.5.2 Sexo

La gran mayoría de estudios realizados sobre alteraciones en el sueño nos revela que ser del sexo femenino es un factor de riesgo muy importante para padecer alguna alteración del sueño, su prevalencia en dichos estudios ha sido mayor. Como lo indica de la doctora Päivi Polo de la Universidad de Turku-Finlandia, afirma que un cuarto de las mujeres de mediana edad no duermen bien por trastornos del

sueño asociados con una baja calidad de vida, enfermedades crónicas y uso de medicamentos” (45).

En un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, encontró que, al evaluar la frecuencia de trastornos del sueño en hombres y mujeres, se encontró que estos se presentan con una mayor frecuencia en las mujeres, en un 45.8% de las mujeres excepto el roncar y en un 41.9% en los hombres. Otros Investigadores, fijan ciertos patrones claros acerca de estos trastornos del sueño: la queja más común es el insomnio, especialmente los trastornos se dan con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad y las personas ancianas (44).

2.5.3 Estado civil

Se ha demostrado que las personas divorciadas, separadas y viudas tiene mayor tendencia a sufrir trastornos del sueño (46).

2.5.4 Enfermedades crónicas

Un estudio realizado en EEUU por el Centro Nacional de Investigación de Trastornos del Sueño afirma que las personas enfermas necesitan más horas de sueño para ahorrar energía y aumentar la capacidad de reparación de tejidos dañados, también son más propensas a padecer enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, depresión, obesidad y cáncer, a mayor mortalidad y menor calidad de vida (47). Muchas enfermedades en sus diferentes etapas de evolución suelen cursar con algún tipo de trastornos del sueño como el insomnio. Las enfermedades más comunes asociadas a alteraciones del sueño son: hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias, alteraciones gastrointestinales (46).

2.5.4.1 Neumonía

La neumonía es una de las enfermedades que obstruyen las vías respiratorias, dañan el tejido pulmonar, debilitan los músculos que controlan la respiración. Casi todas las enfermedades que afectan a los pulmones pueden causar insuficiencia respiratoria. Esto contribuye a que algunas personas tengan un trastorno de sueño llamado Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño. En el SAHS mientras la persona afectada duerme se produce una obstrucción de la vía aérea superior y por tanto del flujo de aire hacia los pulmones, lo que produce

síntomas como somnolencia excesiva durante el día, sensación de no haber descansado durante la noche, ronquidos, cefalea, irritabilidad, problemas de atención y memoria (48).

2.5.4.2 Úlcera gástrica

Los problemas ulcerosos gástricos también pueden producir trastornos en el ciclo del sueño, estos trastornos al igual que en el reflujo gastroesofágico se manifiestan generalmente por despertar prematuro, sueño de mala calidad, y eventualmente fatiga y somnolencia durante el día. La causa desencadenante de estas alteraciones, es el dolor gástrico que se presenta en los pacientes con úlcera duodenal activa. El dolor causado por úlceras gástricas o duodenales aumenta por el incremento de secreciones gástricas durante la fase REM. Esto puede crear un círculo vicioso en el que la inflamación interrumpe el sueño y la falta de sueño desencadena más inflamación (49).

2.5.4.3 Diabetes

En un estudio realizado por la Federación Internacional de Diabetes calcula que el 38 a 45% de los pacientes con Diabetes tipo 2 sufren trastornos del sueño. El vínculo entre la diabetes y la calidad del sueño o la presentación de los trastornos del sueño viene dado por la asociación entre la duración del sueño y el aumento de peso y por consecuencia el sobrepeso y obesidad. Se ha demostrado que existe también un riesgo directo en el dormir menos horas de lo normal y la presentación de la diabetes mellitus tipo 2; dormir menos de 5 horas por la noche se asocia con un aumento del 57% de riesgo de aparición de DMT2 tras llevar a cabo un seguimiento (50).

Al dormir poco se elevan los niveles de cortisol y la hormona del crecimiento, de hecho, ambas hormonas antagonizan los efectos de la insulina. Además, las personas que duermen poco tienen niveles más elevados de sustancias como Interleuquina-6, y proteína C-reactiva, sustancias que aumentan la resistencia a la insulina. Al dormir disminuye la secreción de leptina. Esta hormona, también llamada la hormona de la saciedad, favorece que las personas que duerman poco tengan propensión a la obesidad. En suma, la falta de sueño aumenta la

propensión a padecer diabetes. Asimismo, para las personas que ya padecen diabetes, dormir poco empeora el pronóstico de la enfermedad (51).

Un artículo del Instituto del Sueño Español menciona que entre un 38 y 45% de pacientes poseen trastornos de sueño, además la probabilidad de contraer diabetes es el doble en aquellas personas que poseen una rutina de sueño menor de 6 horas; además citan que en personas jóvenes y previamente sanas la restricción del sueño a 4 horas por día a lo largo de 6 días es de por sí suficientes para reducir la curva de tolerancia a la glucosa y producir un estado hiperglucémico (51).

Entre los trastornos endócrinos más frecuentes encontramos que los diabéticos tienen disminuido el tiempo total y consecuentemente la calidad del sueño, a causa de nicturia y el dolor neuropático. Y a su vez, una mala calidad del sueño es considerado factor de riesgo para desarrollar Diabetes Mellitus tipo II, y además en pacientes diabéticos, la privación de sueño eleva los niveles de hemoglobina glicosilada (Hb1AC) (52).

2.5.4.4 Hipertensión arterial

Las OMS define a la HTA como una elevación persistente de la PA por encima de los límites considerados como normales, cuando supera los valores de 130-139 / 85-89 mmHg. La HTA se ha relacionado con trastornos del sueño, en una revisión

bibliográfica llevada a cabo por Montero en Costa Rica menciona que esta patología puede provocar apnea del sueño pues la hipoxia e hipercapnia que se da como resultado de la apnea o hipoapnea, presentan efectos cardiovasculares adversos que poseen importancia en el ámbito de la HTA, en donde la activación y el adecuado funcionamiento del sistema nervioso simpático juega un rol de suma importancia (53).

Las elevaciones de la presión arterial de hasta 250/110 mm Hg pueden registrarse cuando se genera el aumento del tono simpático durante los períodos de apnea, también se registran niveles plasmáticos de elevados endotelina en los pacientes con apnea obstructiva del sueño, aumentando la cantidad de

sustancias vasoactivas en el que se podría sustentar el efecto de la Apnea con la HTA (53).

Gonzalo y colaboradores tras estudiar 206 pacientes hipertensos encontraron que 81,7% de pacientes estudiados presentaron trastornos, algo similar fue encontrado por otros autores en estudios realizados, e infieren que existe una proporción directa entre los trastornos del sueño y la HTA. Los trastornos más frecuentes en la población hipertensa fueron el insomnio y el roncar (54).

Estudios trasversales mostraron que dormir menos de 5 horas por noche se asoció con mayor probabilidad de hipertensión. Datos de análisis prospectivos mostraron resultados similares, muy pronunciados en las mujeres más jóvenes menores de 50 años. Además, menciona que es prácticamente demostrable que el riesgo de HTA aumente con pocas horas de sueño, alteración en la continuidad y despertar en la madrugada; estas situaciones son frecuentes en los pacientes por diferentes factores que les rodean (54).

2.5.4.5 Artritis reumatoide

Un estudio realizado en el 2015 en Argentina por el centro de Investigación del Instituto de Reumatología explica que el dolor crónico afecta la calidad del

sueño, y falta de sueño agrava el dolor, la fatiga y la depresión. La prevalencia de la enfermedad es mayor en mujeres que en hombres. Se estima que hasta el 80 % de los pacientes con artritis podría tener problemas para dormir o conciliar el sueño. Por otro lado, reportan que en pacientes con artritis reumatoide, el síndrome de apnea e hipoapnea obstructiva del sueño, es hasta 4 veces más frecuente que la población general (55).

Los pacientes de artritis con trastornos del sueño suelen tener mayor incidencia de depresión, dolor intenso y dificultades con actividades diarias que los individuos de la misma patología que no tenían problemas para dormir. Un estudio del 2011 de la Universidad de Pittsburgh, halló que el 61% de los pacientes de artritis reumatoide dormían mal y presentaban estas alteraciones.

Asimismo, en las etapas de sueño más profundo el cuerpo libera hormonas del crecimiento para reparar daños microscópicos en los músculos que acontecieron durante el día. Las personas con artritis reumatoide que duermen mal podrían no generar suficientes cantidades de esta hormona para hacer las reparaciones necesarias (56).

2.4.5 Dolor

Las alteraciones del sueño junto con el dolor retrasan la reincorporación de los pacientes lesionados. Se estima que entre un 50 y un 80% de los pacientes con dolor agudo relatan problemas de sueño. Lo peor es cuando el dolor y la falta de sueño entran en una terrible espiral descendente, llevando a un descenso en la calidad de vida. Una calidad pobre del sueño se relaciona con mayor dolor severo, mayor fatiga y mayores impedimentos funcionales (57).

Estudios han mostrado que las alteraciones del sueño pueden tener una incidencia de hasta un 47% en pacientes hospitalizados y que están asociados a una menor tolerancia al dolor, mayor irritabilidad y mayor tiempo de estadía hospitalaria (48). Otro estudio realizado por Bergen en Noruega encontró que las personas que sufren problemas de sueño podrían también ser más sensibles al dolor, e intensificar los

efectos de enfermedades crónicas que cursan con dolor, en este estudio se midió la sensibilidad al dolor de más de 10.000 adultos a los que se les aplicó un cuestionario de sueño. Los resultados mostraban que las personas que sufrían de insomnio eran más sensibles al dolor que aquellos que no tenían dificultades para dormir (58).

2.4.5.1 Escala Visual Análoga - EVA

La Escala visual análoga permite medir de una manera unidimensional la intensidad del dolor. Hay que tener en cuenta que el dolor es percibido de forma diferente por cada paciente y que está sometido a un criterio subjetivo que depende de la tolerancia al dolor. No obstante, existen diferentes formas de medir el dolor como si se tratase de la temperatura corporal, mediante el uso de distintas escalas (59).

Entre ellas la que se utiliza con mayor frecuencia es la que se conoce como EVA o escala analógica visual. Es muy sencilla, ya que se trata de una simple línea recta de diez centímetros de longitud en cuyo extremo izquierdo figura la etiqueta “sin dolor” y en el derecho la de “dolor máximo”. El paciente deberá señalar el punto de la línea que más se ajusta a cómo percibe la intensidad del dolor. En donde la numeración de la escala de EVA va desde de 0 a 2 que significa dolor leve, de 3 a 7 representa dolor moderado y de 8 a 10 indica un dolor intenso (59).

2.4.6 Tratamiento farmacológico

2.4.6.1 Analgésicos

Los analgésicos se prescriben para controlar el dolor, se ha visto que también pueden interaccionar a nivel de la calidad del sueño. Se estima que entre un 50-70% de los pacientes con dolor moderado-intenso sufren trastornos del sueño asociados al dolor, dificultad para quedarse dormido y con sueño no reparador. Los trastornos del sueño presentan una relación directa y recíproca con la intensidad de dolor que sufre el paciente, presentando trastornos primarios del sueño como: apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas (59).

La medicación para el dolor tiene una profunda influencia en el sueño. Los opioides fragmentan el ciclo del sueño, aunque al paciente le parezca de forma subjetiva que mejora su sueño, al menos a corto plazo. Fármacos contra el dolor, de venta sin prescripción como el ibuprofeno o la aspirina también afectan al ciclo del sueño, aunque no hasta el mismo punto. Claro que el efecto no es completamente negativo, si estos analgésicos permiten que se concilie el sueño (57).

2.4.6.2 Antibióticos

Cuando una persona está tomando antibióticos el sistema inmune tiende a disminuir y los efectos secundarios asociados a la terapia antibiótica son: cansancio, sueño, dolores de estómago e incluso diarreas, el daño neurológico es el segundo efecto secundario de importancia. Los grupos de antibióticos que producen alteraciones de sueño en sus efectos secundarios son:

Fluoroquinolonas y antituberculosos. Más comunes son los mareos, cefaleas y alteraciones del sueño (60).

2.4.6.3 Ansiolíticos

Un estudio realizado en España por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), en el 2013 se estimó que cerca del 29% de la población general ha tomado ansiolíticos para controlar la ansiedad. Los ansiolíticos actúan deprimiendo el sistema nervioso central, reduciendo las funciones y ritmo circadiano sueño-vigilia. Cuando el sistema nervioso se enlentece por un ansiolítico la ansiedad desaparece, y otras funciones se reducen considerablemente. Según el mismo estudio por la (OCU) hasta un 29% de la población ha tomado ansiolíticos, revela que el 38% tiene dificultades para dormir tras dejar de tomar ansiolíticos y a un 37% les aumenta la ansiedad (61).

2.4.6.4 Antihipertensivos

Los betabloqueantes por lo general son indicados para tratar la hipertensión y las arritmias. Estos fármacos desaceleran el ritmo cardíaco y disminuyen la presión arterial al bloquear el efecto de la hormona adrenalina. Desde hace tiempo, los

betabloqueantes (atenolol, carvedilol, propranolol) han estado asociados a trastornos del sueño, incluidos despertarse durante la noche y las pesadillas. Se cree que tienen estos efectos al inhibir la secreción nocturna de la melatonina, la hormona que interviene en la regulación del sueño y en el reloj circadiano del organismo. En casos de insomnio crónico, se ha observado bajos niveles de melatonina y también presentan como efectos secundarios calambres en las piernas, lo que puede provocar un sueño agitado (62).

2.4.6.5 Antidiabéticos

Ciertos medicamentos antidiabéticos como la metformina perteneciente al grupo de las biguanidas, el más usado en el tratamiento de la diabetes tiene efectos secundarios en el organismo y se cree que algunos de ellos afectan a la calidad del sueño, repercutiendo de forma negativa en las actividades diarias de las personas quienes lo consumen (63).

2.4.7 Factores ambientales

2.4.7.1 Ambiente hospitalario

Según un estudio realizado por la Universidad de Almería refiere que las causas más importantes de dificultad para conciliar el sueño son: el ambiente hospitalario como; el ruido, la luz y la preocupación del paciente por la pérdida de salud, también pone en evidencia que no se tienen en cuenta las necesidades del paciente, y se hacen excesivas intervenciones durante la noche, y se les despierta temprano. Además, manifiesta que, hay diferencias entre lo que las enfermeras y los pacientes entienden por buenos cuidados. Afirma que es realmente todo un desafío promover un ambiente adecuado al sueño (48).

2.4.7.2 Ruido

El ruido es negativo para la calidad del sueño, ya que reduce el sueño de ondas lentas, y a pesar de que la persona tenga la sensación de haber dormido bien, el sueño no será restaurador, es decir, se encontrará cansado al día siguiente. Varía según los individuos, la sensibilidad del ruido aumenta con la edad y es mayor en las mujeres que en los hombres (64).

2.4.7.3 Luz

El uso de luz artificial por la noche causa la supresión de la melatonina en nuestro organismo, hormona que está íntimamente ligada al sueño. La melatonina es una hormona natural, que regula los procedimientos biológicos, segregada por la glándula pineal para favorecer el ciclo del sueño, control del reloj biológico: mejora el sueño, estimula el sistema inmune y protege el sistema nervioso central además influye positivamente al sistema reproductivo, cardiovascular y neurológico (65).

Esta hormona está sincronizada con el ciclo de luz – oscuridad por la información obtenida a través del haz retino-hipotalámico. Su mayor función en los seres humanos es la de coordinación de los ritmos circadianos. Se considera una especie de código químico con el cual el cerebro “entiende” que es de noche;

cuanto más larga es la noche, mayor es la duración de la secreción de melatonina (66).

2.4.7.4 Días de hospitalización

En un estudio realizado sobre insomnio en pacientes adultos hospitalizados mayores de 65 años mostró una prevalencia de 36,7% de trastornos del sueño en las primeras 3 noches de seguimiento mientras permanecían hospitalizados. Otro estudio revela que los pacientes estudiados tras varios días de ingreso, un 51% manifiestan dificultades para conciliar el sueño en los primeros días. En los últimos días de ingreso esta prevalencia bajaba notablemente, el estudio remarca que posiblemente se debía a un mecanismo de adaptación (10).

Según Parthasarathy y Tobin respecto a la estancia hospitalaria, refieren que los pacientes que son hospitalizados y tienen un tiempo de estancia superior a 3 días presentan mayor frecuencia de alteraciones en la calidad del sueño, puesto que se enfrentan a un ambiente distinto y tienen muchos interrogantes respecto a su condición y manejo. Por otra parte, según Frisk y Nordström, la estancia prolongada puede incrementar el umbral auditivo de los pacientes para despertar y generar adaptación al ruido (7).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a trastornos de sueño en pacientes de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la población de acuerdo con las variables sociodemográficas: edad, sexo, residencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y religión.

Identificar los trastornos de sueño más frecuentes según el cuestionario de trastornos de Sueño Monterrey.

Determinar la asociación entre los trastornos de sueño más frecuentes con las variables sociodemográficas: edad y sexo, individuales: enfermedades crónicas, tipo de dolor, tratamiento farmacológico, medioambientales: ambiente hospitalario y días de hospitalización.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y de corte transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación fue realizada en el Área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la Av. Los Arupos y Av. 12 de abril. Cuenca-Ecuador.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO: Según datos proporcionados por el Departamento de Estadística del Hospital se trabajó, con un universo finito tomado como referencia 881 pacientes atendidos en los últimos 4 meses noviembre, diciembre 2016 y enero, febrero 2017 en el servicio de clínica del HVCM.

MUESTRA: Pacientes hospitalizados del HVCM, que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. Para el cálculo de la muestra se utilizó la calculadora de Excel online (67), obteniendo como resultado 112 pacientes.

ESTIMAR UNA MEDIA	
Total de la población (N)	881
(Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
(El nivel de confianza puede ser al 95% o 99%)	
Precisión (d)	3
Varianza (S^2)	250
(De la variable cuantitativa que se supone que existe en la población)	
TAMAÑO MUESTRAL (n)	99
EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	112

Tabla 1: Calculo de muestra

Fuente: Calculo de muestra online (67)

Realizado por: Autoras

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que se encuentren hospitalizados con una permanencia mayor a 3 días en el área de clínica.
- Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes orientados en tiempo, espacio y persona.

Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos del sueño crónico y se encuentren tomando medicación para conciliar el sueño.
- Pacientes que a pesar de haber firmado el consentimiento informado y decidieron retirarse de la investigación.
- Pacientes con capacidades especiales.

4.5 VARIABLES

Sociodemográficas

Edad
Sexo
Residencia
Estado civil
Nivel de instrucción
Ocupación
Religión

Individuales

Enfermedades crónicas
Tipo de dolor
Tratamiento farmacológico

Medioambientales

Ruido
Luz
Días de hospitalización
Trastornos de sueño

4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

MÉTODO

Se utilizó el método basado en la investigación descriptiva, observacional de corte trasversal.

TÉCNICAS

La técnica fue a través de la encuesta estructurada aplicada a los pacientes entre 18 a 75 años de edad.

INSTRUMENTO

El Cuestionario de Trastornos de Sueño de Monterrey fue construido a partir de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño realizado por Téllez, Villegas, Juárez, Segura. Aplicado por primera vez en el personal operativo de

la industria manufacturera del área de Nueva León México. En este estudio, la escala reportó un Alpha de Cronbach de 0.910 (68).

Este cuestionario fue desarrollado con el objetivo de tener un instrumento en español para evaluar los trastornos del sueño más comunes en personas mayores de 18 años, mide la frecuencia de síntomas de trastornos del sueño durante el último mes, es autoaplicable y contestarlo toma un tiempo promedio de 15 minutos. Cuenta con 30 reactivos, de los cuales ocho miden insomnio, cinco evalúan somnolencia excesiva diurna y tres síntomas de apnea obstructiva. Trastornos como el sonambulismo, síndrome de piernas inquietas, parálisis del sueño y roncar cuentan con dos reactivos cada uno, mientras que las pesadillas, el somniloquio, el bruxismo, la enuresis, el consumo de medicamentos estimulantes y el consumo de medicamentos hipnóticos se miden con un solo reactivo.

El modo de respuesta es en escala Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre). El puntaje total varía de 30 a 150 una puntuación alta representa una mayor sintomatología de trastornos del sueño (68). Para nuestro estudio se consideró la escala de Likert de 4 (casi siempre) y 5 (siempre). **Anexo 2**

4.7 PROCEDIMIENTOS

4.7.1 Autorización

Se presentó la solicitud de autorización para elaborar el proyecto de investigación al Director de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso, al Dr. Ismael Morocho, contando con su aprobación. **Anexo 3**

Para la ejecución del presente proyecto de investigación se solicitó el respectivo permiso a la Dra. Viviana Barros, Directora de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso, líderes de médicos y enfermeras del área de clínica.

4.7.2 Supervisión

El proyecto de investigación fue supervisado y dirigido por la Lcda. Elva Susana Rivera Yela.

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La información recolectada fue ingresada en el programa estadístico informático SPSS versión 24 para Windows con el cual fueron procesados y presentados mediante tablas de frecuencia y porcentaje, con su respectivo análisis.

Para determinar la asociación se utilizó el estadístico del OR, con su intervalo de confianza al 95%, y se consideró estadístico significativo valores de $p = < 0,05$. Si el resultado del Odds Ratio es > 1 la asociación es positiva, es decir que la presencia del factor se asocia a la mayor ocurrencia del evento. Se le considera un factor de riesgo. Si el resultado del Odds Ratio es < 1 la asociación es negativa, es decir que la presencia del factor no se asocia con la mayor ocurrencia del evento. Se le considera un factor de protección.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

La información proporcionada por los pacientes fue utilizada exclusivamente en esta investigación con fines científicos, se garantizó total confidencialidad, respeto, beneficencia, empatía. Además, se solicitó a cada paciente la firma del consentimiento informado. **Anexo 4**

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Se trabajó con 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, todos cumplieron los criterios de inclusión que el estudio exige, encontrando los siguientes resultados.

5.1. Variables sociodemográficas

Tabla N° 1. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según edad, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Edad	Frecuencia (n:112)	%
18-30 años	20	17.9
31-60 años	60	53.6
61-75 años	32	28.6
Total	112	100,0

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Se puede observar que la población evaluada reportó se encuentra en una edad mínima de 19 años y una máxima de 75 años, con un promedio de 49 años. El mayor porcentaje de la población que participa en el estudio se encuentra en el rango de edad comprendido entre los 31 y 60 años con el 53.6%; seguido por el 28,6% que corresponde a los usuarios entre los 61 y 75 años y en menor porcentaje del 17.9% que corresponde al rango de edad de 18 a 30 años.

Tabla N°2. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según sexo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Sexo	Frecuencia (n:112)	Porcentaje (%)
Masculino	62	55.4
Femenino	50	44.6
Total	112	100,0

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Del total de la población estudiada; un 55,4% de participantes pertenecen al sexo masculino, mientras que el 44.6% corresponde al género femenino, obteniendo como resultado que la mayoría de encuestados en el área de clínica son hombres.

Tabla N°3. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según residencia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Residencia	Frecuencia (n:112)	%
Urbana	59	52,7
Rural	53	47,3
Total	112	100

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

El 52,7% de pacientes hospitalizados proviene del área urbana; mientras que el 47.3% pertenecen al sector rural de la ciudad de Cuenca.

Tabla N°4. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según estado civil, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Estado civil	Frecuencia (n:112)	%
Soltero/a	22	19,6
Casado	55	49,1
Unión libre	19	17,0
Divorciado/a	5	4,5
Viudo/a	11	9,8
Total	112	100,0

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

De acuerdo al estado civil de los pacientes internados se identificó que: el 49.1% son casados constituyendo la mayoría de la población estudiada, seguido del 19.6% que corresponde a los solteros; el 17.0% representa la población de unión libre en menor porcentaje; el 9.8% corresponde a los viudos/as, y el 4.5% de la población corresponde a los divorciados.

Tabla N°5. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según nivel de instrucción, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Nivel de instrucción	Frecuencia (n:112)	%
Analfabeto	14	12,5
Primaria incompleta	5	4,5
Primaria	51	45,5
Secundaria incompleta	12	10,7
Secundaria	26	23,2
Superior incompleta	1	0,9
Superior	3	2,7
Total	112	100,0

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

En la siguiente tabla se observa que el 45.5% de los participantes han cursado únicamente la primaria, el 23.2 % la secundaria, pocos son los que han alcanzado un nivel superior con el 2,7%. Se conoce que el 10,7% de participantes han cursado la educación secundaria, sin embargo, no la han concluido, mientras que el 12.5% de los pacientes son analfabetos.

Tabla N°6. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según ocupación, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Ocupación	Frecuencia (n:112)	%
QQDD	43	38,4
Comerciante	15	13,4
Empleado público	5	4,5
Empleado privado	14	12,5
Otros	35	31,3
Total	112	100,0

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

El 38,4% de los encuestados se dedica a los quehaceres domésticos, seguido de otras ocupaciones con el 31,3%, los comerciantes con el 13,4%, finalmente los empleados privados con el 12,5% y empleado público con el 4,5%.

Tabla N°7. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según religión, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Religión	Frecuencia (n:112)	%
Católico	93	83,0
Cristiano	17	15,2
Testigo de Jehová	2	1,8
Total	112	100,0

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Con respecto a la religión la mayoría profesa ser católico con un 83.0%.

Tabla N°8. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según trastornos de sueño más frecuentes, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Trastornos del sueño	Frecuencia (n:112)	%
Somnolencia excesiva diurna	40	35,7
Insomnio intermedio e insomnio final	19	17,0
Insomnio inicial	59	52,7
Apnea obstructiva	9	8,0
Parálisis del dormir, enuresis y bruxismo	0	0
Sonambulismo y somniloquio	0	0
Roncar	52	46,4
Piernas inquietas y pesadillas	1	,9
Uso de medicamentos	0	0
Parálisis al dormir	0	0

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Los resultados muestran que los trastornos de sueño más frecuentes entre los pacientes hospitalizados constituyen el insomnio inicial con el 52,7%, es decir, no consiguen conciliar el sueño en las primeras horas, seguidos de los pacientes que: roncan con el 46,4% de los que presentan somnolencia excesiva diurna con el 35,7%. Insomnio intermedio e insomnio final con el 17,0%, apnea obstructiva con el 8,0%, estos trastornos están presentes con una baja prevalencia. No se encontraron casos de pacientes que presentan parálisis al dormir, enuresis y bruxismo, sonambulismo, somniloquio y uso de medicamentos para este fin.

Con los tres trastornos de mayor frecuencia se procedió a realizar la respectiva asociación.

5.2. Factores individuales

Tabla N°9. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según enfermedades crónicas, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Enfermedades Crónicas	Frecuencia (n:112)	%
Neumonía	24	17,5
Úlcera gástrica	20	14,6
Diabetes	31	22,6
Hipertensión arterial	38	27,7
Artritis reumatoide	10	7,3
Otras enfermedades	14	10,2

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaboración: Las Autoras.

Existen diversas patologías por las que están ingresados, una de las más común es hipertensión arterial con el 27,7%, le siguen la diabetes con el 22,6%, la neumonía con el 17,5%, así como la úlcera gástrica con el 14,6%, y otras enfermedades como: anemia, leucemia y abdomen agudo representan el 10,2%, finalmente artritis reumatoide con el 7,3%.

Tabla N°10. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según Intensidad del dolor, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Intensidad del dolor	Frecuencia (n:112)	%
Leve	97	86,6
Moderado	15	13,4
Intenso	0	0
Total	112	100,0

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Respecto a la intensidad del dolor, el 86,6% pertenece al nivel leve, el 13,4% corresponde al moderado, no se reportaron casos de dolor intenso.

Tabla N°11. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según tratamiento farmacológico, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Tratamiento Farmacológico		
	Frecuencia (n:112)	%
Analgésicos	78	69,6
Antibióticos	64	57,1
Ansiolíticos	10	8,9
Sedantes	3	2,7
Antihipertensivos	35	31,3
Antidiabéticos	22	19,6
Otros medicamentos	12	10,7

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

En cuanto al tratamiento farmacológico que reciben se determinó: que el 69,6% utiliza analgésicos, seguido por los pacientes a los que les han prescrito antibióticos con el 57,1%, los que reciben tratamiento antihipertensivo con el 31,3%, los que son tratados con antidiabéticos con el 19,6% y en menor porcentaje se encuentran los que consumen ansiolíticos y otros medicamentos (fitomenadiona, hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B).

5.3. Factores medioambientales

Tabla N°12. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según ambiente hospitalario, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Ambiente hospitalario	Frecuencia (n:112)	%
Ruido	85	75,9
Luz	97	86,6

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Respecto al ambiente hospitalario, se encontró que: al 75,9% les molesta el ruido y el 86,6% les afecta la luz al momento de conciliar el sueño.

En el presente cuadro no se realiza la suma total de frecuencia y porcentaje, debido a que al mismo paciente le afecta el ruido y la luz a la hora de conciliar el sueño, lo que daría como total una cifra mayor a la de la muestra de estudio.

Tabla N°13. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según días de hospitalización, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Días de hospitalización	Frecuencia (n:112)	%
3 a 5 días	47	42,0
5 a 10 días	63	56,3
15 días o más	2	1,8
Total	112	100,0

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

En cuanto a los días de hospitalización, se encontró que, el 56,3% corresponde a los usuarios que están ingresados de 5 a 10 días y el 42,0% a los que están de 3 a 5 días y en menor porcentaje los que están hospitalizados de 15 días o más.

5.4. FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO

5.4.1. Sociodemográficos

5.4.1.1. Trastornos del sueño asociados a la edad

Tabla N°14. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Somnolencia excesiva diurna y edad, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Edad	Somnolencia excesiva diurna				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%	OR	IC95%
18-30 años ^a	1	0,9	19	17,0	20	17,9	,072	,009 -,557
31-60 años ^b	20	17,9	40	35,7	60	53,6	,800	,369 - 1,736
61-75 años ^c	19	17,0	13	11,6	32	28,6	4,106	1,731 - 9,738
Total	40	35,7	72	64,3	112	100,0	-	-

^a Chi cuadrado, 10,004 p valor=,002; ^b Chi cuadrado, 319 p valor=,572; ^c Chi cuadrado 10,924 p valor= ,001.

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Tener entre 18 y 30 años es un factor de protección del trastorno de sueño somnolencia excesiva diurna según el estadístico del OR ,072 IC95% (,009-,557), valor $p < 0,05$; mientras que la edad de 61 a 75 años resulta un factor de riesgo 4 veces más posible de adquirir dicho trastorno de sueño, según el estadístico del OR 4,106 IC95% (1,731 - 9,738), valor $p < 0,05$.

Tabla N°15. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Insomnio inicial y edad, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Edad	Insomnio inicial				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%		
18-30 años ^a	5	4,5	15	13,4	20	17,9	,235	,079 - ,700
31-60 años ^b	31	27,7	29	25,9	60	53,6	,916	,435 - 1,928
61-75 años ^c	23	20,5	9	8,0	32	28,6	3,123	1,286 - 7,588
Total	59	52,7	53	47,3	112	100,0	-	-

^a Chi cuadrado, 7,483 p= 0,006; ^b Chi cuadrado, ,053 p= 0,818; ^c Chi cuadrado 6,623 p= 0,010.

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

En cuanto a la edad: tener entre 18 y 30 años es un factor de protección del trastorno del sueño insomnio inicial según el estadístico del OR ,235 IC95% (,079 -,700), valor $p < 0,05$, la edad intermedia de 31-60 años no muestra asociación mientras que, estar entre los 61 a 75 años resulta un factor de riesgo 3 veces más generador del trastorno, según el estadístico del OR 3,123 IC95% (1,286 - 7,588), valor $p < 0,05$.

Tabla N°16. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación del trastorno de Roncar y edad, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Edad	Roncar				Total		OR	IC 95%
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%		
18-30 años ^a	5	4,5	15	13,4	20	17,9	,319	,107 - ,951
31-60 años ^b	26	23,2	34	30,4	60	53,6	,765	,363 - 1,612
61-75 años ^c	21	18,8	11	9,8	32	28,6	3,018	1,281 - 7,110
Total	52	46,4	60	53,6	112	100,0	-	-

^a Chi cuadrado 4,495 p= 0,034; ^b Chi cuadrado 0,498 p= 0,480; ^c Chi cuadrado 6,637 p= 0,010.

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

El trastorno de roncar es un factor asociado de protección entre los 18 y 30 años siendo estadísticamente significativo según el OR ,319 IC95% (,107 - ,951) valor $p < 0,05$ con respecto a tener este problema, mientras que, a partir de los 61 años se convierte en un factor de riesgo 3 veces más peligroso que las otras edades siendo un dato estadísticamente con respecto al OR 3,018 IC95% (1,281 - 7,110), valor $p < 0,05$.

5.4.1.2. Trastornos del sueño asociados al sexo

Tabla N° 17. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Somnolencia excesiva diurna y sexo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Sexo	Somnolencia excesiva diurna				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%		
Masculino	20	18%	42	37,5%	62	55,4%	,714	,328 -1,553
Femenino	20	18%	30	26,8%	50	44,6%		
Total	40	36%	72	64,3%	112	100,0%		

Chi cuadrado, 0,723 p valor=,395

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se encontró asociación entre sexo y somnolencia excesiva diurna según el estadístico del OR ,714 IC95% (,328 -1,553), valor p >0,05.

Tabla N°18. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Insomnio inicial y sexo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Sexo	Insomnio inicial				Total		OR	IC 95%
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%		
Masculino	34	30,4	28	25,0	62	55,4	1,214	,576 - 2,562
Femenino	25	22,3	25	22,3	50	44,6		
Total	59	52,7	53	47,3	112	100,0		

Chi cuadrado, ,260 p= 0,610

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se encontró asociación entre el trastorno insomnio inicial con el sexo según el estadístico del OR 1,214 IC95% (,576 - 2,562), valor p >0,05.

Tabla N° 19. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación del trastorno de Roncar y sexo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Sexo	Roncar				Total			
	NO		SI					
	F	%	F	%	F	%		
Masculino	27	24,1	35	31,3	62	55,4	,771	,365 - 1,630
Femenino	25	22,3	25	22,3	50	44,6		
Total	52	46,4	60	53,6	112	100,0	-	-

Chi cuadrado, 0,463 p= 0,496

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se observó asociación entre roncar y sexo según el estadístico del OR ,771 IC95% (,365 - 1,630), valor p >0,05 este trastorno ocurre indistintamente en hombres y mujeres.

5.4.2. Factores Individuales

5.4.2.1. Trastornos del sueño asociados a enfermedades crónicas.

Tabla N° 20. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de somnolencia excesiva diurna y enfermedades crónicas, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Enfermedades crónicas	Somnolencia excesiva diurna				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%	OR	IC 95%
Neumonía ^a	4	7,7	20	23,5	24	17,5	,289	,091-,917
Úlcera gástrica ^b	7	13,5	13	15,3	20	14,6	,963	,350-2,651
Diabetes ^c	13	25,0	18	21,2	31	22,6	1,444	,617-3,379
Hipertensión arterial ^d	17	32,7	21	24,7	38	27,7	1,795	,801-4,023
Artritis reumatoide ^e	6	11,5	4	4,7	10	7,3	3,000	,793-11,348
Otras enfermedades ^f	5	9,6	9	10,6	14	10,2	1,000	,311-3,218
Total	40	35,7	72	64,3	112	100,0	-	-

^a Chi cuadrado, 4,827 p= ,028; ^b Chi cuadrado, 1,005 p= 0,941; ^c Chi cuadrado 0,723 p= 0,395;

^d Chi cuadrado 2,039 p= 0,153, ^e Chi cuadrado (Corrección de Yates) 1,779 p= 0,182, ^f Chi cuadrado (Corrección de Yates) ,000 p= 1,000.

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Las enfermedades crónicas no muestran asociación estadísticamente significativa con la somnolencia excesiva diurna según el estadístico del OR IC 95%, valor p >0,05. Este trastorno es indiferente al tipo de enfermedad que presentan los pacientes.

Tabla N°21. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Insomnio inicial y enfermedades crónicas, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Enfermedades crónicas	Insomnio inicial				Total		OR	IC 95%
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%		
Neumonía ^a	10	13,7	14	19,2	24	17,5	,393	,149-1,043
Úlcera gástrica ^b	13	17,8	7	10,9	20	14,6	1,857	,679-5,077
Diabetes ^c	18	24,7	13	20,3	31	22,6	1,351	,586-3,116
Hipertensión arterial ^d	18	24,7	20	31,3	38	27,7	,724	,331-1,588
Artritis reumatoide ^e	6	8,2	4	6,3	10	7,3	1,387	,369-5,209
Otras enfermedades ^f	8	11,0	6	9,4	14	10,2	1,229	,397-3,805
Total	59	52,7	53	47,3	112	100,0	-	-

^a Chi cuadrado, 1,486 p= 0,223; ^b Chi cuadrado 1,483 p= 0,223; ^c Chi cuadrado ,499 p= 0,480; ^d Chi cuadrado ,651 p= 0,420, ^e Chi cuadrado (Corrección de Yates) 0,236 p= 0,627, ^f Chi cuadrado ,128 p= 0,721.

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Con respecto a las enfermedades crónicas de los pacientes, no se advierte, en ningún caso que el trastorno de insomnio inicial esté asociado a alguna de ellas. Según el estadístico del OR, IC95%, valor p >0,05.

Tabla N° 22. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación del trastorno Roncar y enfermedades crónicas, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Enfermedades crónicas	Roncar				Total		OR	IC 95%
	SI		NO					
	f	%	F	%	f	%		
Neumonía ^a	7	10,6	17	25,8	24	17,5	,393	,149-1,043
Úlcera gástrica ^b	6	9,1	14	19,7	20	14,6	,429	,151-1,213
Diabetes ^c	16	24,2	15	21,1	31	22,6	1,333	,582-3,057
Hipertensión arterial ^d	23	34,8	15	21,1	38	27,7	2,379	1,068-5,298
Artritis reumatoide ^e	7	10,6	3	4,2	10	7,3	2,956	,723-12,080
Otras enfermedades ^f	7	10,6	7	9,9	14	10,2	1,178	,384-3,611
Total	52	46,4	60	53,6	112	100,0	-	-

^a Chi cuadrado, 3,659 p= 0,056; ^b Chi cuadrado, 2,642 p= 0,104; ^c Chi cuadrado ,463 p= 0,496; ^d Chi cuadrado 4,596 p= 0,032, ^e Chi cuadrado (Corrección de Yates) 1,523 p= ,217, ^f Chi cuadrado ,082 p=0,775.

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

La hipertensión arterial es un factor asociado de riesgo a 2 veces más proclive a generar el trastorno roncar que las otras enfermedades. Según el OR 2,379 IC 95% (1,068-5,298), valor p <0,05.

5.4.2.2. Trastornos de sueño asociados a tipo de dolor

Tabla 23. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de somnolencia excesiva diurna y tipo de dolor, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Tipo de dolor	Somnolencia excesiva diurna				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%		
Leve	33	29,5	64	57,1	97	86,6	,589	,197 - 1,767
Moderado	7	6,3	8	7,1	15	13,4		
Intenso	0	0	0	0	0	0		
Total	40	35,7	72	64,3	112	100,0	-	-

Chi cuadrado,905 p= 0,341

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se observa asociación significativamente estadística entre somnolencia excesiva diurna con el tipo de dolor según el OR ,589 IC95% (,197 - 1,767) valor $p > 0,05$.

Tabla N°24. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Insomnio inicial y tipo de dolor, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Tipo de dolor	Insomnio inicial				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%		
Leve	51	45,5	46	41,1	97	86,6	,970	,326 - 2,885
Moderado	8	7,1	7	6,3	15	13,4		
Intenso	0	0	0	0	0	0		
Total	59	52,7	53	47,3	112	100,0	-	-

Chi cuadrado, ,003 p= 0,956

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se advierte asociación del trastorno de sueño insomnio inicial con el tipo de dolor estadísticamente significativo según el OR ,970 IC95% (,326 - 2,885), valor $p > 0,05$.

Tabla N°25. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de trastorno de Roncar y tipo de dolor, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Tipo de dolor	Roncar				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%		
Leve	46	41,1	51	45,5	97	86,6	1,353	,447 - 4,094
Moderado	6	5,4	9	8,0	15	13,4		
Intenso	0	0	0	0	0	0	-	-
Total	52	46,4	60	53,6	112	100,0	-	-

Chi cuadrado, ,288 $p = 0,592$

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se observa asociación entre el roncar con el tipo de dolor estadísticamente significativo según el OR 1,353 IC 95% (,447 - 4,094), valor $p > 0,05$.

5.4.2.3. Trastornos de sueño asociados a tratamiento farmacológico

Tabla N°26. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Somnolencia excesiva diurna y tratamiento farmacológico, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Tratamiento farmacológico	Somnolencia excesiva diurna				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%	OR	IC 95%
Analgésicos ^a	24	21,4	54	48,2	78	69,6	,500	,219 - 1,144
Antibióticos ^b	20	17,9	44	39,3	64	57,1	,636	,292 - 1,388
Ansiolíticos ^c	7	6,3	3	2,7	10	8,9	4,879	1,186 - 20,077
Sedantes ^d	1	0,9	2	1,8	3	2,7	-	-
Antihipertensivos ^e	21	18,8	14	12,5	35	31,3	4,579	1,953 - 10,733
Antidiabéticos ^f	13	11,6	9	8,0	22	19,6	3,370	1,288 -8,821
Otros medicamentos ^g	5	4,5	7	6,3	12	10,7	1,327	,392 - 4,489
Total	52	46,4	60	53,6	112	100,0	-	-

^a Chi cuadrado 2,737 p= 0,098; ^b Chi cuadrado 1,296 p= 0,255; ^c Chi cuadrado 5,622 p= 0,018; ^d Chi cuadrado (Corrección de Yates) ,000 p=1,000, ^e Chi cuadrado 13,078 p= 0,000, ^f Chi cuadrado 6,516 p= 0,011; ^g Chi cuadrado (Corrección por continuidad) ,019 p= 0,891.

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Los analgésicos, antibióticos y otros medicamentos (fitomenadiona, hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B) no muestran asociación con el trastorno de somnolencia excesiva diurna según el estadístico del OR, IC95%, valor p>0,05. Mientras que, los ansiolíticos, antihipertensivos y antidiabéticos son factores asociados de riesgo para la somnolencia excesiva diurna según el estadístico del OR, IC 95%, valor p< 0,05.

Tabla N°27. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Insomnio inicial y tratamiento farmacológico, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Tratamiento farmacológico	Insomnio inicial				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%	OR	IC 95%
Analgésicos ^a	40	35,7	38	33,9	78	69,6	,831	,370 - 1,867
Antibióticos ^b	39	34,8	25	22,3	64	57,1	2,184	1,019 - 4,682
Ansiolíticos ^c	9	8,0	1	0,9	10	8,9	9,360	1,144 - 76,599
Sedantes ^d	3	2,7	0	0,0	3	2,7	-	-
Antihipertensivos ^e	25	22,3	10	8,9	35	31,3	3,162	1,338 - 7,474
Antidiabéticos ^f	14	12,5	8	7,1	22	19,6	1,750	,669 - 4,579
Otros medicamentos ^g	6	5,4	6	5,4	12	10,7	,887	,268 - 2,938
Total	59	52,7	53	47,3	112	100,0	-	-

^a Chi cuadrado,201 p= 0,654; ^b Chi cuadrado4,086 p= 0,043; ^c Chi cuadrado (Corrección de Yates) 4,602 p= 0,032; ^d Chi cuadrado (Corrección de Yates) 1,162 p= 0,281, ^e Chi cuadrado7,180 p= 0,007, ^f Chi cuadrado1,319 p= 0,251; ^g Chi cuadrado,039 p= 0,844

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Los analgésicos, antidiabéticos y otros medicamentos (fitomenadiona, hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B) no muestran asociación significativamente estadística con el trastorno insomnio inicial según el OR, IC 95%, valor $p > 0,05$. Respecto al tratamiento con antibióticos, ansiolíticos y antihipertensivos que reciben los pacientes, se encontró que constituyen factores asociados de riesgo del trastorno insomnio inicial según el estadístico OR, IC 95%, valor $p < 0,05$.

Tabla N°28. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de trastornos de Roncar y tratamiento farmacológico, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Tratamiento farmacológico	Roncar				Total		OR	IC 95%
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%		
Analgésicos ^a	31	27,7	47	42,0	78	69,6	,408	,179 -,934
Antibióticos ^b	29	25,9	35	31,3	64	57,1	,901	,425 - 1,907
Ansiolíticos ^c	9	8,0	1	0,9	10	8,9	12,349	1,508 - 101,149
Sedantes ^d	3	2,7	0	0,0	3	2,7	-	-
Antihipertensivos ^e	30	26,8	5	4,5	35	31,3	15,000	5,155 - 43,647
Antidiabéticos ^f	13	11,6	9	8,0	22	19,6	1,889	,733 - 4,868
Otros medicamentos ^g	4	3,6	8	7,1	12	10,7	,542	,153 - 1,915
Total	52	46,4	60	53,6	112	100,0	-	-

^a Chi cuadrado 4,617 p= 0,032; ^b Chi cuadrado 0,075 p= 0,784; ^c Chi cuadrado 8,381 p= 0,004; ^d Chi cuadrado (Corrección por continuidad) 1,688 p= 0,194, ^e Chi cuadrado 31,590 p= 0,000, ^f Chi cuadrado 1,765 p= 0,184; ^g Chi cuadrado 0,927 p= 0,336

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Los antibióticos, antidiabéticos y otros medicamentos (fitomenadiona, hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B) no se encontró asociación significativamente estadística con el roncar según el OR, IC 95%, valor $p > 0,05$. Mientras que, los analgésicos son un factor asociado de protección con el roncar según lo indica el estadístico del OR ,408 IC 95% (,179 -,934) al parecer quienes reciben este tratamiento roncan menos. En cambio, quienes toman ansiolíticos y antihipertensivos muestran un factor de riesgo asociado al roncar significativamente estadístico según el OR, IC 95%, valor $p < 0,05$.

5.4.3. Factores Medioambientales

5.4.3.1. Trastornos de sueño asociados al ambiente hospitalario

5.4.3.1.1. Ruido

Tabla N°29. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Somnolencia excesiva diurna y ruido, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Ruido	Somnolencia excesiva diurna				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%		
Sí	48	42,9	37	33,0	85	75,9	1,887	,783 - 4,546
No	11	9,8	16	14,3	27	24,1		
Total	59	52,7	53	47,3	112	100,0	-	-

Chi cuadrado, 2,034 p= 0,154

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

El ruido no muestra asociación con el trastorno de sueño somnolencia excesiva diurna significativamente estadístico según el OR 1,887 IC 95% (,783 - 4,546), valor $p > 0.05$.

Tabla N°30. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de insomnio inicial y ruido, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Ruido	Insomnio inicial				Total		IC	IC 95%
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%		
Sí	31	27,7	54	48,2	85	75,9	1,887	,783 - 4,546
No	9	8,0	18	16,1	27	24,1		
Total	40	35,7	72	64,3	112	100,0	-	-

Chi cuadrado, ,088 p= 0,767

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se observa asociación significativamente estadística del trastorno de sueño insomnio inicial con el ruido hospitalario según el OR 1,887, IC 95% (,783 - 4,546), valor $p > 0,05$.

Tabla N° 31. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de trastorno de Roncar y ruido, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Ruido	Roncar				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%		
Sí	38	33,9	47	42,0	85	75,9	,751	,315 - 1,788
No	14	12,5	13	11,6	27	24,1		
Total	52	46,4	60	53,6	112	100,0		

Chi cuadrado, ,421 $p = 0,517$

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se observa asociación del trastorno roncar con el ruido según el estadístico del OR ,751, IC 95% (,315-1,788), valor $p > 0,05$ este trastorno ocurre indistintamente haya o no ruido.

5.4.3.1.2. Trastornos de sueño asociados a la luz

Tabla N°32. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Somnolencia excesiva diurna y luz, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Luz	Somnolencia excesiva diurna				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%		
Sí	35	31,3	62	55,4	97	86,6	1,129	,357-3,568
No	5	4,5	10	8,9	15	13,4		
Total	40	35,7	72	64,3	112	100,0		

Chi cuadrado, ,043 $p = 0,836$

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se observa asociación estadísticamente significativa entre el trastorno de sueño somnolencia excesiva diurna con la luz, según el OR 1,129, IC 95%(.357-3,568), valor $p>0,05$.

Tabla 33. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Insomnio inicial y luz, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Luz	Insomnio inicial				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%		
Sí	52	46,4	45	40,2	97	86,6	1,321	,444 - 3,928
No	7	6,3	8	7,1	15	13,4		
Total	59	52,7	53	47,3	112	100,0	-	-

Chi cuadrado, ,251 $p= 0,616$

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se observa asociación estadísticamente significativa entre el trastorno de sueño insomnio inicial con la luz, según el OR 1,321, IC 95%(.444 - 3,928), valor $p>0,05$.

Tabla N° 34. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de trastorno Roncar y luz, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Luz	Roncar				Total		OR	IC 95%
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%		
Sí	44	39,3	53	47,3	97	86,6	,726	,244 -2,161
No	8	7,1	7	6,3	15	13,4		
Total	52	46,4	60	53,6	112	100,0	-	-

Chi cuadrado, ,332 $p= 0,564$

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se observa asociación estadísticamente significativa entre el trastorno roncar con la luz, según el OR ,726, IC 95%(.244 -2,161), valor $p>0,05$. Definitivamente la luz no está asociada con el trastorno de roncar, este trastorno ocurre indistintamente haya o no presencia de luz.

5.4.3.2. Trastornos de sueño asociados a días de hospitalización

Tabla N° 35. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Somnolencia excesiva diurna y días de hospitalización, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Días de hospitalización	Somnolencia excesiva diurna				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%	OR	IC 95%
3-5 días	15	13,4	32	28,6	47	42,0	,750	,340 - 1,654
6 o más	25	22,3	40	35,7	65	58,0		
Total	40	35,7	72	64,3	112	100,0	-	-

Chi cuadrado, ,509 $p= 0,475$

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Los días de hospitalización no constituyen un factor de riesgo ni de protección respecto a la somnolencia excesiva diurna según el estadístico del OR ,750, IC95% (340 - 1,654), valor $p > 0.05$.

Tabla N°36. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación de Insomnio inicial y días de hospitalización, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Días de hospitalización	Insomnio inicial				Total			
	SI		NO					
	F	%	F	%	F	%		
3-5 días	25	22,3	22	19,6	47	42,0	1,036	,489 - 2,197
6 o más	34	30,4	31	27,7	65	58,0		
Total	59	52,7	53	47,3	112	100,0	-	-

Chi cuadrado, ,009 p=,926

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

Los días de hospitalización no constituyen un factor de riesgo ni de protección respecto al insomnio inicial, según el estadístico del OR 1,036, IC95% (,489 - 2,197), valor $p > 0.05$.

Tabla N° 37. Distribución de 112 pacientes hospitalizados en el área de clínica según la asociación del trastorno Roncar y días de hospitalización, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2017.

Días de hospitalización	Roncar				Total		OR	IC 95%
	SI		NO					
	F	%	F	%	f	%		
3-5 días	18	16,1	29	25,9	47	42,0	,566	,264 - 1,214
6 o más	34	30,4	31	27,7	65	58,0		
Total	52	46,4	60	53,6	112	100,0		

Chi cuadrado, 2,152 p=,142

Fuente: Encuestas realizadas.

Elaborado por: Autoras.

No se observa asociación entre los días de hospitalización con el trastorno roncar significativamente estadístico según lo indica el OR ,566 IC 95% (,264 - 1,214), valor $p > 0,05$.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Con relación a los datos sociodemográficos del presente estudio cabe recalcar que el 53.6% de los pacientes fueron de edades comprendidas entre 31 a 60 años. Predominando el sexo masculino con un 55.4%, con una media de edad de 49 años. Comparado a lo encontrado en un estudio desarrollado por (Diana Achury, Sandra Rodríguez y Luisa Achury, 2014) realizado en hospital en Bogotá, Colombia reportando que el 60% de los pacientes fueron de un rango de edad entre 41 a 59 años, donde predominó el sexo masculino con el 74% (7).

En cuanto al estado civil, los casados representaron un 49.1% de la población estudiada con relación a otro estudio realizado por (Diana Nieves, Verónica Ordoñez y Milton Campoverde, 2014) en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Ecuador donde encontraron que los casados representaron el 29,9% y los solteros el 57,4% (34).

Con relación a los trastornos más frecuente en este estudio fue: insomnio inicial con el 52,7%, seguido del roncar con el 46,4% y somnolencia excesiva diurna con el 35,7%. En contraste con un estudio realizado en Quito por la Universidad Católica del Ecuador sobre los trastornos del sueño en internos rotativos del Hospital Carlos Andrade Marín, 2015. La prevalencia de los trastornos de sueño fue: insomnio inicial 29.4 %; roncar 12.3 %, somnolencia excesiva diurna 37% (18). Pudiendo observar que nuestro estudio revela prevalencias mayores de trastornos antes mencionados excepto la somnolencia excesiva diurna.

Con respecto a la asociación de los trastornos señalados según el perfil sociodemográfico de los pacientes, se encontró que la edad, entre 18 y 30 años que corresponde el 53,6% es un factor de protección, mientras que tener entre 61 y 75 años con el 28,6% constituye un factor de riesgo. Este último resultado contrasta con el estudio realizado por los autores Bayron Cabrera, Ana Jimbo y Tamara Matute, Cuenca- Ecuador, 2014 sobre: prevalencia de trastornos de sueño y factores asociados en adultos mayores. Exhibe que el 65,4% son de

edad entre 60 a 74 años siendo el insomnio en esta población el trastorno con mayor prevalencia (12).

En lo que respecta a la relación entre los trastornos del sueño y la variable sociodemográfica sexo en este estudio no se encontró asociación alguna. En comparación, con un estudio realizado en 313 pacientes por la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 2016 mencionan que al evaluar la frecuencia de trastornos del sueño en hombres y mujeres, se encontró que estos se presentan con una mayor frecuencia en las mujeres, en un 45.8% de las mujeres excepto el roncar y en un 41.9% en los hombres (44). Y, en otro estudio realizado por la doctora Päivi Polo de la Universidad de Turku-Finlandia, afirma que un cuarto de las mujeres de mediana edad no duermen bien por trastornos de sueño asociados a una baja calidad de vida, enfermedades crónicas y uso de medicamentos (46).

Respecto a la variable; enfermedades crónicas, se evidencia que el 27,7%, de los pacientes con hipertensión arterial presentan un factor asociado de riesgo según el Odds Ratio 2 veces más proclive a generar ronquido que las otras enfermedades. Si analizamos nuestro resultado con un estudio realizado por Gonzalo y colaboradores tras estudiar 206 pacientes hipertensos encontraron que el 81,7% de pacientes estudiados presentaron trastornos, siendo mayor la prevalencia en este estudio que el nuestro. Los trastornos más frecuentes en este mismo estudio en pacientes hipertensos reportaron el insomnio y el roncar. El trastorno roncar con el 46,4%. También mencionan que existe una proporción directa entre los trastornos del sueño y la HTA (54).

Por su parte, el tipo de tratamiento farmacológico, demostró que la población de nuestro estudio, quienes toman antihipertensivos corresponde al 31,3%, ansiolíticos un 8,9% son factores de riesgo para presentar; insomnio inicial OR 9,3; roncar OR 12,3; y somnolencia excesiva diurna OR 4,8. En cuanto a los ansiolíticos en un estudio realizado en España por la Organización de Consumidores y Usuarios plantea que el 29% de los pacientes han tomado ansiolíticos, revela que el 38% padece de insomnio y somnolencia excesiva diurna (61). Con respecto a los antihipertensivos en el presente estudio se

encontró asociación significativamente estadística para el trastorno insomnio inicial OR 3,1; roncar OR 15,0; somnolencia excesiva OR 4,5. Esto es consistente con un estudio realizado en Estados Unidos por el Dr. Armon Neel publicado en la revista Sleep en el 2012 reveló que, los pacientes que toman antihipertensivos han presentado trastornos de sueño como: insomnio inicial y roncar (62).

Concerniente a los factores medioambientales, no se pudo determinar que, el ruido ni la luz constituyen factores asociados a trastornos de sueño. Sin embargo, estudios realizados por la Universidad de Almería y el hospital Torre Cárdenas de España, refieren que las causas más importantes de dificultad para conciliar el sueño son: el ambiente hospitalario como; el ruido, la luz y la preocupación del paciente por la pérdida de salud ocasionando trastornos de sueño. Afirman que es realmente todo un desafío promover un ambiente adecuado al sueño (48).

Finalmente, en cuanto a los días de hospitalización, se encontró que tampoco está asociado significativamente con alguno de los trastornos de sueño señalados anteriormente. Distinto a lo que afirman otros estudios: En un estudio realizado sobre insomnio en pacientes adultos hospitalizados mayores de 65 años mostró una prevalencia de 36,7% de trastornos del sueño en las primeras 3 noches de seguimiento mientras permanecían hospitalizados (10).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- Respecto a la asociación de los trastornos de sueño con las variables sociodemográficas se encontró que tener entre 18 y 30 años es un factor de protección, mientras que tener entre 61 y 75 años constituye un factor de riesgo, y no se encontró asociación con el sexo.
- Respecto a las enfermedades crónicas, únicamente, se encontró asociación con la hipertensión arterial que actúa como un factor de riesgo. En cuanto, al tipo de dolor no se encontró que este asociado con algún trastorno de sueño.
- Respecto al tratamiento farmacológico, se demostró que los ansiolíticos, los antihipertensivos, producen trastornos de sueño como: insomnio inicial, roncar y somnolencia excesiva diurna.
- Concerniente a los factores medioambientales como el ruido y la luz no constituyen factores asociados con los trastornos de sueño. Por último, tampoco se advirtió que los días de hospitalización, estuviesen asociados significativamente con alguno de los trastornos de sueño.

7.2. Recomendaciones

- Se debería considerar los factores de riesgo expuestos en el presente estudio al momento de hospitalizar a los pacientes, ya que la recuperación dependerá de una oportuna atención que el equipo de salud ofrezca.
- Especialmente se debería considerar a los adultos mayores, ya que han sido los que más han señalado su vulnerabilidad ante este fenómeno.
- Aunque todo tipo de enfermedades deberían ser consideradas, sería oportuno tomar en cuenta a los pacientes que padecen enfermedades crónicas como la hipertensión, así también aquellos que toman ansiolíticos y antihipertensivos que ha demostrado ser un factor de riesgo para adquirir trastornos del sueño.
- Por último, el ofrecer un ambiente adecuado de hospitalización es un tema que concierne a la organización del equipo de salud en particular al personal de enfermería que planifique las actividades específicas e individualizadas a fin de proporcionar una atención integral para mejorar el estado general y la calidad de vida de los pacientes.

CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Pesantez: Aumentan problemas de trastorno del sueño en Ecuador. Rev.: Redacción Médica. 2016 (1), pg. 1-3. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/el-trastorno-del-sue-o-un-problema-de-salud-p-blica--87044>
2. Catalán T, Gallego J, González M, Simonelli A: Factores que influyen en la calidad del sueño de pacientes institucionalizados, Rev.: Portuguesa de enfermería de salud mental, 2014, 12(10) pg. 1-8. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a06.pdf>
3. Instituto del sueño: El sueño, 2015, 1(1) pg. 4-6. Disponible en: <http://www.iis.es/que-es-como-se-produce-el-sueno-fases-cuantas-horas-dormir/>
4. Miro E, Martínez P, Arriaza R: Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido, Rev.: Salud mental, 2012, 29(2), pg. 30-37. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam062f.pdf>
5. Instituto Tecnológico de Sonora: Definición y Tipos Trastornos del Sueño, Rev.: ITSON, 2015, 1(1), pg. 3. Disponible en: http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa4/transtornos_sueno/t2.htm
6. Agudelo H, Franco A, Alpi S, Tobón S, Sandín B: Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: Una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño, Rev.: Suma Psicológica, Bogotá, 2014, 15(1), pg. 217-240.
7. Achury M, Rodríguez S, Achury Beltrán F: El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo, Rev.: Red de Revistas Científicas de América y el Caribe, 2014, 16(1), pg.8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=145231426004>

8. Carrillo M, Gonzales C: Alteraciones del sueño, Revista de Enfermería, 2012, 1(1): pg. 13- 75 Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1217/4/UNIVERSIDAD%20T%C3%89CNICA%20DEL%20NORTE.pdf>
9. Arias J: Omisión en el registro de insomnio en pacientes internados en un hospital general. Rev Medica Hered,2013;14(2), pg. 59.
10. Aguilera L, Díaz M, Sánchez H: Trastorno del sueño en el paciente adulto hospitalizado. Revista Hospital clínico universitario, Chile, 2012, 23(1), pg. 13-20. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/trastorno_sueno_hospitalizado.pdf
11. Díaz R, Ruano M, Chacón A: Estudio de trastorno de sueño, Rev.: Acta Médica Colombia, 2012, 34 (2), pg. 66- 72. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n2/v34n2a3.pdf>
12. Cabrera B, Jimbo A, Matute T: Prevalencia de trastorno de sueño y factores de sueño en adultos mayores del programa de coordinación de jubilados del seguro social, 20014 Cuenca, pg. 18 - 49. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19933/1/TESIS%20%2830%29.pdf>
13. Medina A, Feria D, Oscos G: Los Conocimientos sobre el Sueño y los Cuidados Enfermeros para un buen descanso, Rev.: enfermería global, Murcia,2014, 8 (17), pg. 1-18. Disponibles en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005.
14. Madrid J, Rodríguez P. Proyecto Sueñon: Dormir menos de cinco horas cuadruplica el riesgo de muerte en hospitalizados, Rev.: RTVE,2016, España, 1(1): pg. 3-5. Disponible en: <http://www.rtve.es/noticias/20160817/dormir-menos-cinco-horas-cuadruplica-riesgo-muerte-hospitalizados/1387444.shtml>

15. Fuentes V. Los terribles efectos de la falta de sueño sobre la salud, 2014, 2(1): pg. 4-7. Disponible en: <http://www.thecult.es/ciencia/los-terribles-efectos-de-la-falta-de-sueno-sobre-la-salud.html>
16. Asociación Mundial de Medicina del sueño: consecuencias de la falta de sueño, Rev.: Redacción BBC Mundo, 2016, 1(1): pg. 5-10. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160404_salud_falta_sueno_no_dormir_consecuencias_lb
17. OPS/OMS: Trastornos más comunes del sueño, 2012. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=753:diciembre-17-2012&Itemid=356
18. López S. Prevalencia y factores asociados a trastornos de sueño en internos rotativos en hospital Carlos Andrade Marin, 2015, pg. 17- 57. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10471/tesis%20trastornos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. OMS: Recomendación dormir al menos 6 horas diarias. 2014. Disponible en: <http://www.ultimahora.com/oms-recomienda-dormir-al-menos-6-horas-diarias-n786516.html>
20. Hospital Metropolitano: El sueño y sus trastornos. Rev.: Clínica del sueño, Quito, 2013, 2(3): 3-6 Disponible en: <http://hospitalmetropolitano.org/es/base.php?ref=7%253A0%252C37%253A0%252C87%253A0>
21. Bécquer G. El sueño. Rev.: Fundamentos de medicina, 2015, 4(3): pg. 6-9 Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/medicina/algvilla/fundamentos/nervioso/sueno.htm
22. Marín H, Vinaccia S: Contribuciones desde la medicina comportamental del sueño al manejo de la somnolencia excesiva diurna. Rev.: Universidad del norte, 2015, 15(3): pg. 95-116. disponible: <https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Farticulo.oa%3Fid%3D>

23. Vizcarra D: Evolución histórica de los métodos de investigación en los trastornos del sueño. Rev.: Medica Hered, 2013, 11(4): pg. 136-143. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n4/v11n4ce2>
24. Ferré A. Sueño normal. Rev.: Sueño Normal. Rev.: Especialista en trastornos de sueño, 2013, 2(3): pg. 1-4. Disponible en: <http://www.doctorferre.com/sobre-el-sueno/sueno-normal>.
25. OPS/ OMS. Insomnio, 2014, pg. 348-357. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia23.pdf>
26. Bruque A. Prevalencia de trastornos del Sueño en carreras a fines a la salud en la pontificia universidad católica del ecuador, Quito 2015, pg. 15-49. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10089/TESIS%20TRASTORNOS%20DE%20SUE%C3%91O.pdf?sequence=127>. FUNCIONES DEL SUEÑO: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA ORAL DEL SUEÑO:: [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.semods.es/funciones_sueno.html
28. Tello T, Alarcón D, Vizcarra L. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Rev Peru Med Exp Salud Pública, 2016; 33(2): pg. 42-50.
29. Monsalve K, García S, Chávez F, Marriaga A, Cardona J: Prevalencia de insomnio y somnolencia en estudiantes de medicina pertenecientes a una institución educativa de Medellín (Colombia), 2013. Arch Med Col, 2014;14(1): pg. 4-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=273832164009>
30. Unidad del Sueño: Hospital Vithas; Clasificación internacional de los trastornos del sueño, 2014, España, 2(4) pg. 7-10. Disponible en: https://www.google.com.ec/search?source=hp&ei=QRsiWoK-IYLk_Aboy4-gDA&q=clasificaci%C3%B3n+internacional+de+los+trastornos+del+sue%C3

31. Sociedad Española del Sueño: Somnolencia Diurna Excesiva. Rev.: Tuck España, 2017, 3(4): pg. 8-19. Disponible en: <https://www.tuck.com/es/seds/>
32. Bravo E. Tratamiento del Insomnio con Hipnosis. Rev.: Clínica de Madrid. 2015, 3(1): pg. 11-18. Disponible en: <https://hipnopsico.com/hipnosis-para-el-insomnio/>
33. Binaurales T. Insomnio: causas y consecuencias. Rev.: Artículos de Psicología, 2016, 4(3): 4-7. Disponible en: <http://www.micompanero.com/index.php/articulos/172-insomnio-causas-y-consecuencias>
34. Nieves D, Ordoñez V, Campoverde M: Prevalencia y factores asociados a trastornos de sueño en personal de la salud. 2014, Cuenca, pg. 16-36. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21427/1/TESIS.pdf>
35. Sánchez E, Quito A, Prevalencia y factores asociados a trastornos de sueño en personal de la salud. 2014, Cuenca, pg. 15-38 Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21427/1/TESIS.pdf>
36. Rodríguez D, Morín M. Epidemiología de los trastornos de sueño. Rev.: Trastornos del Sueño, 2013, 2(1): pg. 7-10. Disponible en: <http://www.neurowikia.es/content/epidemiologia-de-los-trastornos-de-sueno>
37. Ferre A. Ronquido. Rev. Especialista en trastornos del sueño, 2016, 2 (1), pg. 10-15 Disponible en: <http://www.doctorferre.com/ronquido>
38. Mayoral P. Ronquido y apnea de sueño en pacientes DT2. Rev.: Liron wed, 2012. 2(4): pg. 6-9. Disponible en: <https://lironronquido.wordpress.com/2011/04/27/ronquido-y-apnea-del-sueno-en-pacientes-con-diabetes-ii/>
39. Asociación Española de Síndrome de piernas inquietas. Rev.: Unidad del sueño, 2017. 4 (1): 3-6. Disponible en: <http://xn--alicantesueo-khb.com/index.php/sindrome-de-piernas-inquietas>

40. Ferre A. Sonambulismo y pesadillas. Rev. Parasomnias, 2015 2(1): 1-8. Disponible en: <http://www.doctorferre.com/parasomnias>
41. Mercola E. Las personas Toman pastillas para dormir en Cifras Record. Rev.: Mercola.2013, (2): pg. 15-20. Disponible en: <http://espanol.mercola.com/boletin-de-salud/pastillas-para-dormir.aspx>
42. Mirta A. Sustancias y Medicamentos que afectan el sueño. Rev.: Revista del Sueño, 2014. 2(1): pg. 9. Disponible en: <http://www.somnos.com.ar/trastornos-del-sueno/insomnio/149-sustancias-y-medicamentos-que-afectan-el-sueno>
43. Martínez A. Los medicamentos que te causan sueño excesivo. Rev.: Medicina del sueño, 2017. 1(1): pg. 3-5. Disponible en: <https://noticiasya.com/2017/01/11/los-medicamentos-que-te-causan-sueno-excesivo/>
44. Téllez A, Juárez D, Bernal L, Criollo C: Prevalencia de trastornos de sueño en relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores México. Rev.: colombiana de Psicología, 2016. 25(1): pg. 95- 106. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v25n1/v25n1a07.pdf>
45. Escuela de Medicina de Harvard: Dormir bien, Revista: EL UNIVERSO, 2013. 2(2): 3-7. Disponible en: <http://www.larevista.ec/orientacion/salud/dormir-bien>
46. Guevara Y. Factores Psicosociales y su relacion con la calidad de sueño en estudiantes de enfermería. 2012, 2(2): pg. 7-14. Disponible en: http://200.37.105.196:8080/bitstream/handle/unjbg/177/62_2013_Guevara_Morales_YM_FACS_Enfermeria_2013_resumen.pdf?sequence
47. Centros para el control y la prevención de enfermedades: No dormir lo necesario; epidemia de la salud pública, 2012, España. 1(2): pg. 5-10. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/Datos/FaltaSueno/>
48. Mijangos V. El sueño y la calidad de vida. Rev.: Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa, 2013, 1(3): 15-37. Disponible en:

- <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/10320/2/Vanesa%20Mijangos%20Prieto.pdf>
49. Ortega F. Trastornos de sueño y enfermedad de Crohn. 2015. (2): pg. 8 -12. Disponible en: <http://laenfermedaddecrohn.com/trastornos-sueno-enfermedad-crohn/>
 50. Sánchez L. Sueño y diabetes. Rev.: Psicología de diabetes, 2013. (3): pg. 3-5. Disponible en: <http://www.canaldiabetes.com/sueno-y-diabetes/>
 51. Instituto del Sueño. Trastornos del sueño y diabetes. 2015, (3): pg. 3-6. Disponible en: <http://www.iis.es/la-diabetes-produce-sueno-excesivo-insomnio-neuropatia-diabetica/>
 52. Schmid S, Hallschmid M: Trastornos metabólicos debidos a la carencia de sueño - Rev.: Intra med, 2014. (4): pg. 3-10. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=83607>
 53. Montera L. Relación entre hipertensión y apnea del sueño. Revista médica de Costa Rica y Centro América. 2015, 24(10): pg. 300- 366. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art8.pdf>
 54. González S, Agudín A, López N, Pérez J: Trastornos del sueño asociados a la hipertensión. Rev.: Sociedad Argentina de Diabetes, 2012, 3(2), pg. 9-18. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v13n1/rpr11109.pdf>
 55. Veloz e. El sueño, un problema en los pacientes con Artritis Reumatoide. 2015, Argentina. pg. 6.9. Disponible en: <https://www.infobae.com/2015/08/10/1747381-el-sueno-un-problema-los-pacientes-artritis-reumatoidea/>
 56. Blanco I. El sueño y la Artritis reumatoide. Revista: Fundación de artritis. 2016. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/la-artritis/enfermedades-relacionadas/insomnio-trastornos-sueno/sueno-ar/>
 57. Medicina del sueño España. Dolor y sueño, 2017, pg. 12-18. Disponible en: <http://www.sleepdex.org/spain.htm>

58. Norwegian P. AUMENTO DEL DOLOR POR TRASTORNOS DE SUEÑO. Rev.: Instituto del Sueño. 2016. pg. 30. Disponible en: <http://www.iis.es/aumento-del-dolor-por-trastornos-de-sueno-unidad-clinica/>
59. Melzack R. Escalas Valoración del dolor. 2012 pg. 1-6. Disponible en: <http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>
60. Chapptin D. Antibióticos, efectos secundarios en el sistema nervioso. Revista neurología, 2017. 3(2): 8-14. Disponible en: <https://infotiti.com/2017/01/antibioticos-efectos-secundarios/>
61. Blasco R. Cómo funcionan los ansiolíticos. Revista: organización de consumidores y usuarios. 2013. pg. 1-4. Disponible en: <http://tratamiento-ansiedad-depresion.com/blog/tratamientos/como-funcionan-los-ansioliticos/>
62. Armon B. 10 tipos de medicamentos que causan insomnio. 2013. pg. 1-5. Disponible en: <https://www.aarp.org/espanol/salud/expertos0/Dr-Armon-B-Neel-Jr/info-04-2013/medicamentos-causan-insomnio-efectos-secundarios.html>
63. Camacho G. La metformina genera sueño y cansancio Rev.: Diabetes, bienestar y salud. 2016. pg. 6. Disponible en: <https://www.diabetesbienestarysalud.com/tratamiento/la-metformina-genera-sueno-y-cansancio/2016/03/>
64. Mendieta V, Sueño y la Calidad de vida. Rev.: sociedad española de neurología, 2014 2(4): pg. 24-35.
65. Montero E, Ochoa M. Alteraciones de la calidad de sueño y factores de riesgo. 2014, 4(7): pg. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20963/1/TESIS.pdf>
66. Rodríguez A. Relación entre los trastornos del sueño infantil y los hábitos del dormir en la población infantil Sevilla. Rev.: Universidad de Sevilla;

- departamento de farmacología, 2015, 3(5): pg. 83-200. Disponible en:
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/25158/relacion%20entre%20los%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20infantil%20y%20los%20habitos%20del%20dormir%20en%20la%20poblacion%20infantil%20sevillana.pdf?sequence=1>
67. Fernanda F. Determinación del tamaño muestral. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182003000100001&scr..>
68. Téllez A, VillegasD, Juárez D, Segura G. Cuestionario de trastornos del sueño Monterrey. Rev. Med Univ, 2012 15 (56): pg. 150-156.

CAPÍTULO IX**9. ANEXOS****Anexo 1****OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento	Condición biológica	Número de años desde el nacimiento	18 - 30 años 31 – 60 años 61 – 75 años.
Sexo	Condición biológica que define el género.	Condición biológica	Diferencias de genero	Masculino Femenino
Residencia	Lugar en donde vive el paciente hospitalizado habitualmente.	Condición social-situacional	Lugar que habitan por más de 6 meses	Urbana Rural
Estado civil	Condición de un individuo en lo que respecta a sus relaciones con la sociedad.	Condición social	Tipo de estado civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
Instrucción	Es la formación o la educación que tiene una persona en particular.	Condición social	Nivel de instrucción	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa



				Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa
Ocupación	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero de manera más o menos continua.	Ocupación	Cedula de identidad	Quehaceres domésticos Comerciante Empleado público Empleado privado Otros
Religión	Conjunto de creencias, costumbres religiosas en relación con la divinidad.	Tipo de religión	Tipo de creencias	Católico Cristiano Testigo de Jehová Otros
Enfermedad es Crónicas	Historias previas de enfermedades del paciente hospitalizado mayor a 1 año.	Alteración de la salud integral	Tipo de enfermedad	Neumonías Úlceras gástricas. Diabetes Hipertensión arterial. Artritis reumatoide.



NORMA CLEOTILDE SARANGO GUALÁN
LILIANA DEL CISNE SARANGO LOZANO



Ambiente hospitalario	Área de hospitalización de un paciente.	Intensidad	Ruido Luz	Si___ no___ Si ___ no ___
Días de hospitalización	Tiempo indeterminado de estancia de un paciente enfermo en un centro hospitalario.	Tiempo	Días de hospitalización	3 a 5 días 5 a 10 días 10 a 15 días 15 días o mas
Trastornos de sueño	Valoración de los componentes del sueño y su valoración objetiva de la calidad.	Condición Biología	Cuestionario Monterrey de calidad del Sueño	1. Nunca 2. Muy pocas veces 3. Algunas veces 4. Casi Siempre 5. Siempre

ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Cuestionario tomado del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nueva León. Monterrey- México el cual se utilizó en una población mexicana para evaluar los trastornos de sueño más comunes y utilizada para el presente estudio.

FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES DE CLÍNICA, “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO” CUENCA, 2017

Instructivo: Le pedimos que el siguiente cuestionario lo responda con toda veracidad. Puede seleccionar más de una opción.

Formulario N°-----

Fecha: -----

-

DATOS GENERALES

Edad: -----años

Sexo: Masculino ()

Femenino ()

Residencia: Urbano () Rural ()

Estado civil:

Soltero/a () Casado/a () Unión libre () Divorciado/a () Viudo/a ()

Nivel de instrucción:

Analfabeto ()

Primaria completa () Primaria incompleta ()

Secundaria completa () Secundaria incompleta ()

Superior completa () Superior incompleta ()



Ocupación

Quehaceres domésticos () Comerciante () Empleado público ()
Empleado privado () Otros_____

Religión

Católico () Cristiano () Testigo de Jehová () Otros_____

Enfermedades crónicas:

Neumonía ()
Úlceras gástricas ()
Diabetes ()
Hipertensión arterial ()
Artritis reumatoide ()
Otras ()

Tipo de dolor: Leve 0-2 () Moderado 3-7 () Intenso 8-10 ()

Tratamiento farmacológico:

Analgésicos: si___ no___ Antibióticos: si___ no___ Ansiolíticos: si___ no___
Sedantes: si___ no___ Antihipertensivos: si___ no___ Antidiabéticos si___ no___

Ambiente hospitalario: Ruido: si___ no___ Luz: si___ no___

Días de hospitalización: 3 a 5 () 5 a 10 () 10 a 15 () 15 días o más ()

CUESTIONARIO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO DE MONTERREY

Ítem	Nunca = 1	Muy pocas veces = 2	Algunas veces =3	Casi siempre =4	Siempre = 5
Factor 1: Somnolencia excesiva diurna					
A pesar de haber dormido durante la noche, siente sueño durante el día.					
Se siente con sueño durante el día.					
Se siente cansado aunque haya dormido suficiente tiempo.					
Siente muchas ganas de dormir durante el día					
Qué tan seguido ha sentido somnolencia excesiva durante el día.					
Factor 2: Insomnio intermedio e insomnio final					
Se despierta dos o tres horas antes de lo acostumbrado y tiene dificultades para volver a dormir.					
Se despierta antes de su horario habitual y ya no se puede quedar dormido nuevamente.					
Se despierta durante la noche con dificultades para volver a dormir.					

Se despierta a la mitad de la noche y no consigue volver a dormir.					
Factor 3. Insomnio inicial					
Al acostarse, permanece despierto una hora o más antes de poder dormir.					
Tarda en quedarse dormido después de que se acuesta.					
Tienen dificultad para quedarse dormido					
Tiene insomnio.					
Factor 4. Apnea obstructiva					
Se sofoca o se atraganta mientras duerme.					
Ha sentido que se detiene su respiración mientras duerme.					
Ha sentido dificultad para respirar por las noches.					
Factor 5. Parálisis del dormir, enuresis y bruxismo					
Ha sentido que no puede moverse o se siente paralizado al empezar al despertarse.					
Se orina en la cama					
Rechinan los dientes cuando está dormido.					
Factor 6. Sonambulismo y somniloquio					
Le han comentado que camina dormido					



Ha presentado sonambulismo.					
Habla dormido.					
Factor 7. Roncar					
Le han comentado que ronca mientras duerme					
Ronca:					
Factor 8. Piernas inquietas y pesadillas					
Por la noche le duelen las piernas o se le acalambran.					
Cuando intenta dormir siente dolor o cosquilleo en las piernas.					
Tiene pesadillas.					
Factor 9. Uso de medicamentos					
Consume medicamentos que le quitan el sueño					
Consume medicamentos para conciliar el sueño					
Factor 10. Parálisis al dormir					
Ha sentido que no puede moverse o se siente paralizado al empezar a dormir.					

ANEXO: 3 OFICIOS DE AUTORIZACION Y EJECUCIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN

Cuenca, 20 de Enero del 2017

Dr. Ismael Morocho Malla

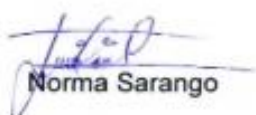
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

Su despacho.-

Estimado doctor, reciba un cordial saludo de las estudiantes: Norma Cleotilde Sarango Gualán y Liliana del Cisne Sarango Lozano estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Cuenca, a la vez deseándole éxitos en sus labores cotidianas nos dirigimos a usted para solicitarle se nos facilite realizar nuestro proyecto de tesis en el Hospital Vicente Corral Moscoso con el tema **"Factores de riesgo que desencadenan trastornos del sueño en pacientes de clínica "Hospital Vicente Corral Moscoso" 2017**, el mismo que realizamos con el objetivo de la obtención del título de licenciadas enfermería.

Por la favorable acogida que le dé a la presente le anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente:


Norma Sarango
C.I. 1103883326


Liliana Sarango
C.I. 1105058547


Ministerio de Salud Pública
Hospital Vicente Corral Moscoso
AUTORIZADO
GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
FECHA: 20-03-2017
Favor regularizar los gastos
(partido de intercomunicación en Medicina
Interna en los próximos 3 meses).

Hospital Vicente Corral Moscoso
Dirección
Recibo de Documentos
20 MAR 2017
Firma: 

9413



Ministerio
de Salud Pública



**HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Oficio N° 155-UDI-2016-IM
Cuenca, 08 de septiembre de 2017

Doctora Ana María Cárdenas.
LIDER DEL SERVICIO DE CLÍNICA

Licenciada Sandra Cando
LIDER DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CLÍNICA

Presente:

Saludos cordiales, la presente tiene como objetivo dar a conocer que en sesión ordinaria de la Unidad de Docencia e Investigación, realizada el día 02 de junio de 2017, constante en acta número 84, se analiza el Protocolo de Tesis "FACTORES DE RIESGO QUE DESENCADENAN TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2017" de Estudiantes de la Universidad Cuenca, aprobando su factibilidad. Por lo que se solicita de la manera más comedida, dar las facilidades para su ejecución, siempre que no intervenga con el correcto desarrollo de las actividades del área bajo su cargo.

Agradeciéndolo de antemano su favorable acogida.

Atentamente:



Dra. Viviana Barros A.

**RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**

Leda. Sandra Cando
M.S.P. Medicina Interna
Enfermera
Cod: 1898

CC. Archivo

Vito Buena
Hospital Vicente Corral Moscoso
Especialista en Medicina Interna
C.I. 0-54323508

Av. Los Arupos y 12 de Abril
Teléfonos: 4096000
www.hvcm.gob.ec

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO**FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS DE SUEÑO EN PACIENTES DE CLÍNICA, “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA 2017.**

Yo Liliana del Cisne Sarango Lozano portadora de C. I. 1105058547, estudiante de la carrera de enfermería y Norma Cleotilde Sarango Gualán portadora de C. I. 1103883326, egresadas de la carrera de enfermería.

Solicitamos su colaboración para realizar el presente trabajo de investigación.

Introducción

El sueño es una necesidad fisiológica vital para el normal funcionamiento del organismo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente el 40% de la población mundial padece algún tipo de alteración del sueño. Es difícil encontrar alguna enfermedad que no altere en nada el sueño nocturno razón por lo cual es necesario que el personal de salud haga algo al respecto. En nuestro país no existen suficientes especialistas en la temática y el Estado debe desarrollar políticas públicas de salud para tratar esta enfermedad que tiene solución.

Propósito

El propósito del presente trabajo de investigación consiste en determinar la población de acuerdo a las variables sociodemográficas: edad, sexo, residencia, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, religión; identificar los trastornos de sueño más frecuentes; así como determinar la asociación entre los trastornos de sueño más frecuentes con las variables sociodemográficas: edad y sexo, individuales: enfermedades crónicas, tipo de dolor, tratamiento farmacológico, medioambientales: ambiente hospitalario y días de hospitalización.



Riesgos / Beneficios

No existirá ningún riesgo por cuanto no habrá contacto físico ni emocional que afecte su salud.

La información obtenida será una fuente de información para la institución de salud y población en general para que entendiendo la problemática de los factores asociados a trastornos del sueño puedan incorporar nuevas estrategias que ayuden en la calidad de sueño del paciente hospitalizado.

Confidencialidad

La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Derechos y opciones del participante

La participación es estrictamente voluntaria y tendrá opción a retirarse en cualquier momento que desee sin que lo perjudique en ninguna forma.

La realización de esta encuesta no tendrá ningún costo para usted ni para las investigadoras tampoco se le pagará por su realización.

Información de contacto

En caso de requerir mayor explicación, dudas favor comunicarse a los teléfonos o correos electrónicos de las investigadoras que se exponen a continuación 0991251204/ 0994946199; sarango.n@hotmail.com ; lyly_c8@hotmail.com

CONSENTIMIENTO

Yo _____ portador de C.I. _____, he sido informado/a claramente el propósito, los beneficios, los derechos y la confidencialidad del trabajo de investigación, que han explicado que debo mantener, respetar; por consiguiente, doy mi consentimiento para la realización del trabajo de investigación.

Nombre del participante

Firma

Nombre de la investigadora

Firma